

Annukka Tapiola – Piia Pussinen

# Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa

Potilaan näkökulma

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyö

Opinnäytetyö

17.11.2012

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Annukka Tapiola ja Piia Pussinen Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa – potilaan näkökulma</p> <p>39 sivua + 4 liitettä 17.11.2012</p>
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö, sairaanhoitaja
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Lehtori, THM Marjatta Luukkanen
<p>Opinnäytetyön aiheena on ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa Naistenklinikan rintarauhaskirurgian osastolla R31. Olemme selvittäneet potilaskyselyllä päiväkirurgisen rintasyöpäleikatun potilaan kokemuksia ohjauksen ja tuen saannin toteutumisesta. Halusimme vastata kysymykseen miten potilasohjaus ja tuen saanti toteutuvat päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa.</p> <p>Tutkimus tehtiin strukturoidulla potilaskyselyllä. Kyselylomakkeet jaettiin päiväkirurgisille rinnanosapoistoon tuleville potilaille kesä-syyskuun välisenä aikana 2012. Määräaikaan mennessä kyselyn palautti kaikkiaan 25 potilasta.</p> <p>Kyselyyn vastanneet olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja tukeen. Tärkeimmäksi koettiin tuki osaston hoitajilta, mutta myös puolison tuen merkitys korostui kyselyssä. Potilaat tunsivat saaneensa riittävästi tietoa tullessaan osastolle, ja myös kotiutuminen sujui lähes kaikkien kohdalla ongelmitta. Erityisen tyytyväisiä vastaajat olivat siihen käytäntöön, että hoitajat soittavat potilaalle kotiin leikkauksen jälkeisenä päivänä ja kysyvät vointia. Lisätietoa olisi kaivattu haavahoitoon ja kivunlievitykseen.</p> <p>Kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten lisäksi potilaat saivat kertoa vapaasti mielipiteensä ja parannusehdotuksia osastolle. Avoimissa vastauksissa kiteytyi tyytyväisyys osaston toimintaan ja ilmapiiriin. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että päiväkirurgiset rintasyöpäpotilaat saivat kiittävästi tukea ja ohjausta hoitohenkilökunnalta. Lyhyt osastolla oloaika ei vähentänyt tiedonsaantia eikä ohjauksen laatu kärsinyt.</p> <p>Tulevaisuudessa yksi mahdollisuus voisi olla, että potilaat olisivat sähköpostitse yhteydessä osaston hoitajiin, jos heille tulee kysyttävää esimerkiksi leikkaukseen liittyen. Myös pre-operatiivista ohjausta voisi täydentää käyttämällä DVD:tä. Potilaat voisivat katsoa yhdessä videon, jossa opastetaan esimerkiksi haavanhoidon. Erilaisin keinoin annettu ohjeistus takaa paremmin sen, että potilaat tietävät hoidosta enemmän.</p>	
Avainsanat	rintasyöpä, päiväkirurgia, potilasohjaus, tuki

Authors Title	Annukka Tapiola and Piia Pussinen Patient Education and Support in Daily-Based Breast Cancer Surgery
Number of Pages Date	39 pages + 4 appendices 17th November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Senior Lecturer Marjatta Luukkanen
<p>Our final project concerns daily-based surgery on the ward 31 of the HUS Womens Clinic, Helsinki, Finland. Our aim was to find out if the patient got enough patient education and support and what the quality of the patient education and support was.</p> <p>The used method was structured survey. Nurses gave the questionnaires the patients between June and September of 2012. 25 of the daily-based breast cancer surgery patients returned the questionnaire in time.</p> <p>Most patients were satisfied with the support and patient education at the ward 31. They felt that they got the most important support from nurses and their spouses. The patients also got enough information when arriving to the ward. Majority did not have any problems at discharge. The patients were extremely satisfied with the practice of post-operative phone calls. They hoped for more information of pain relief and wound care.</p> <p>At the end of the questionnaire, the patients were given an opportunity to give feedback in their own words. The patients were satisfied with care and impressed by the atmosphere on the ward.</p> <p>The final project showed that the daily-based breast cancer patients got the support and patient education they needed. The short time they spent on the ward did not decrease the amount of information they got, and the quality of the patient education did not suffer.</p> <p>In future patients could send e-mails to nurses and ask if they have any questions, for example about wound care. Showing DVDs as teaching material could give more information about the care.</p>	
Keywords	breast cancer, daily-based surgery, patient education, support

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Näyttöön perustuva hoitotyö	2
2.1	Näyttöön perustuvan hoitotyön perusteet	2
2.2	Tiedon hyödyntäminen hoitotyössä	2
3	Rintasyöpä ja sen hoito	4
3.1	Rintasyöpä – yleistynä kansantauti	4
3.2	Rintasyövälle altistavat riskitekijät	4
3.3	Rintasyövältä suojaavat tekijät	5
3.4	Rintasyövän oireet	5
3.5	Rintasyövän toteaminen ja tutkimusmenetelmät	6
3.6	Mammografiaseulonta	7
3.7	Rintasyövän hoito	7
3.7.1	Leikkaushoito	7
3.7.2	Liitännäishoidot	9
3.8	Ennuste	10
4	Potilasohjaus	10
4.1	Toimiva potilasohjaus	10
4.2	Ohjauksen resurssit ja riittävyys	11
4.3	Ohjauksen toteutus ja vaikutukset	11
5	Päiväkirurgia rintasyöpätapauksissa HUS:ssa	12
5.1	Päiväkirurgiset mahdollisuudet	12
5.2	Päiväkirurgiset kriteerit	13
5.3	Päiväkirurginen toimenpide ja sen seuranta	14
6	Naistenklinikan osasto R31	14
6.1	Päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolku	15
6.1.1	Käynti rintasyöpähoitajan luona	15
6.1.2	Leikkausta edeltävä päivä	16
6.1.3	Leikkauspäivä	16
6.1.4	Postoperatiivinen soitto ja jälkitarkastuskäynti	16
6.2	Mammae meeting	17
7	Rintasyöpäpotilaan kokemukset, tuen saanti ja ohjaus	17

7.1	Päiväkirurginen syöpäleikkaus	17
7.2	Päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan ohjaukseen vaikuttavat osatekijät	18
7.3	Kivunhoito ja potilaan ohjaus	20
7.4	Akuutti kipu ja potilaan ohjaus	20
7.5	Moniammatillisuus rintasyöpähoidossa	21
7.6	Rintasyöpäpotilaan tuen saanti	22
7.7	Selviytyminen	23
8	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys	24
9	Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteuttaminen	24
9.1	Kyselylomakkeen laatiminen	25
9.2	Aineiston analyysi	26
10	Tutkimustulokset	26
10.1	Kyselyn suorittaminen	26
10.2	Osastolle saapuminen	27
10.3	Tulohaastattelu	29
10.4	Leikkauspäivä	30
10.5	Leikkauksen jälkeen	30
10.6	Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen	31
10.7	Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen	31
10.8	Avoimet vastaukset	32
11	Pohdinta	32
12	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
	Lähteet	37
	Liitteet	
	Liite 1. Naistenklinikan ylilääkäri Marjut Leideniuksen haastattelukysymykset	
	Liite 2. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 3. Saatekirje ja kyselylomake potilaille	
	Liite 4. Tutkimuslupa	

## 1 Johdanto

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpätauti Suomessa. Vuonna 2009 maassamme todettiin yhteensä 4 464 uutta rintasyöpätapausta. Samana vuonna Suomessa tehtiin 6 241 rintasyöpäleikkausta. Valtaosa näistä uusista syöpätapauksista löydetään naisilta, mutta rintasyöpää esiintyy myös miehillä. Miehillä todetaan vuodessa noin 15 uutta rintasyöpätapausta, mikä kertoo taudin harvinaisuudesta, mutta ei mahdottomuudesta. (Rintasyöpä 2012.)

Opinnäytetyömme aiheena on ohjauksen ja tuen saamisen toteutumisen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa. Aihe on ajankohtainen, koska rintasyövän on ennustettu lisääntyvän tulevaisuudessa. Yleistymisen myötä voidaan olettaa, että myös kirurgiset toimenpiteet tulevat lisääntymään. (Maukonen 2011: 275.) Rintasyöpätyypistä riippuu millainen leikkaus tehdään. Päiväkirurgisena toimenpiteenä tehtyjä rinnan osapoistoleikkauksia on tehty Naistenklinikalla vuodesta 2008 (Leidenius 2012).

Rinnan osapoistolla eli segmenttiresektiolla tarkoitetaan rintaa säästävää leikkausta. Yli puolelle kaikista rintasyöpään sairastuneista pystytään tekemään segmenttiresektio. (Jahkola ym. 2011: 7.) Toisin sanoen noin 50 prosenttia kaikista rintasyöpään sairastuneista voidaan leikata päiväkirurgisesti, kunhan päiväkirurgisen leikkauspotilaan kriteerit täyttyvät.<sup>1</sup>

Päiväkirurgian selkeänä etuna on, että potilaan sairaalassa viettämä aika jää merkittävän lyhyeksi. On kuitenkin huomioitava, että rintasyöpä koskettaa potilasta elämän kaikilla osa-alueilla, joten päiväkirurgiaan siirtyminen nostaa esiin haasteita varsinkin ohjauksen ja tuen saannin osalta. Tästä syystä tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on nimenomaan ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen.

Tutkimuskysymyksemme on miten potilasohjaus ja tuen saanti toteutuvat päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa Naistenklinikan osastolla R31. Tutkimuksen keskiössä on strukturoitu potilaskysely, joka on tehty HUS:lta haettujen tutkimuslupien saamisen jälkeen kesä-syyskuussa 2012.

---

<sup>1</sup> Kriteerit koskevat potilaan kuntoa ja elämäntapoja. Kriteereistä tarkemmin luvussa 5.

## 2 Näyttöön perustuva hoitotyö

### 2.1 Näyttöön perustuvan hoitotyön perusteet

Näyttöön perustuva hoitotyö pitää sisällään ajan tasalla olevan tiedon arvioinnin ja sen harkitun käytön potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa. Näyttöön perustuva tieto saadaan tutkimus- ja kokemusperäisestä tiedosta. (Virkki ym. 2011: 23.) Totena pidettyä, todistetta ja todistusaineistoa kutsutaan näytöksi, joka on jotakin nähtävissä tai todettavissa olevaa. Näyttöön kuuluu siis oletus siitä, että jokin asia voidaan todistaa objektiivisesti tutkimuksella. Objektiivisuus takaa sen, että paras ja tuloksellisin toiminta valitaan. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 11.)

Asiantuntemusta on perinteisesti hankittu myös työssä, työtä tekemällä. Käytännön työn ja kokemuksen kartuttamaa asiantuntemusta kutsutaan kokemusperäiseksi tiedoksi. Tämä voidaan jaotella hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. Tästä erotuksena tutkimus- eli tieteellinen tieto puolestaan koostuu tutkimuksen keinoin ja tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä valitun toiminnan vaikuttavuudesta. Potilaan auttaminen ja hoidon arviointi pohjautuu aina tutkittuun ja raportoituun tietoon. (Virkki ym. 2011: 23.)

Sarajärven (2008: 6-7) mukaan näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamalliin kuuluu neljä pääkäsitettä. Nämä ovat tieteellinen tieto, asiantuntijan kokemus, toimintaympäristön mahdollisuudet sekä asiakkaan tarpeet ja toiveet.

### 2.2 Tiedon hyödyntäminen hoitotyössä

Tieteellisen tiedon hyödyntämisen lähtökohtana hoitotyössä on sopivan kysymyksen muodostaminen esimerkiksi potilaan terveysongelmasta, jonka jälkeen aiheesta etsitään tutkittua tietoa ja arvioidaan tiedon hyödynnettävyyttä sekä luotettavuutta. Tämän jälkeen toteutetaan mahdollinen hoidollinen tai kliininen interventio. Lopuksi arvioidaan sekä interventiota että tutkimustietoa. Perusedellytyksinä tieteellisen tiedon hankinnassa ovat tiedonhaun osaaminen ja kriittinen lukutaito. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 125.)

Tieteellisen tiedon käytön edellytyksenä ovat Sarajärven (2008: 7) mukaan aktiivinen esimies ja hoitohenkilökunnan asenteet sekä myönteinen suhtautuminen tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Esimies mahdollistaa uuden tiedon saatavuuden ja toimii hoitokulttuurin uudistamistarpeiden tunnetuksi tekijänä. Näyttöön perustuvan toiminnan edellytyksenä on muutosvastarinnan tunnistaminen ja muutosvalmiuksien kehittäminen sekä siinä tukeminen. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 127.)

Toinen Sarajärven (2008) tutkimuksen näyttöön perustuvan hoitotyön toimintamallin pääkäsite, asiantuntijan kokemuksiin perustuva tieto, käsittää hoitotyöntekijän kokemuksen kautta tulleen tiedon, joka on todettu merkitykselliseksi potilaan hoidon näkökulmasta useissa eri tilanteissa. Tätä tietoa voidaan kutsua myös hiljaiseksi tai intuitiiviseksi tiedoksi. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 125 – 126.) Asiantuntijan kokemuksiin perustuvan tiedon käyttö edellyttää kollegiaalista tiedonvaihtoa, yhteneviä hoitotyön toimintakäytänteitä, yhteistoimintaa eri ammattiryhmien sekä potilaan välillä ja koulutuksiin sekä konferensseihin osallistumista (Sarajärvi 2008: 7-8).

Potilaan kokemuksiin perustuvaa näyttöä siitä, kokeeko potilas hoidon vastaavan hänen tarpeitaan, kutsutaan asiakkaan tarpeita ja toiveita koskevan tiedon käytöksi. On tärkeää arvioida potilaan motivaatiota ja hänen osallistumistaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, koska tavoitteena on, että potilas on aktiivinen, vastuullinen ja tasa-arvoinen osallistuja päätöksentekoon. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 126.) Kyseisen tiedon käyttö siis edellyttää asiakaslähtöistä ajattelu- ja toimintatapaa (Sarajärvi 2008: 8).

Toimintaympäristön mahdollisuuksiin perustuvaan tietoon liittyy olennaisesti hoitotyöntekijän motivointi ja tukeminen työyhteisössä, jolloin näyttöön perustuvan hoitotyön toteuttamiselle luodaan hyvät edellytykset. Esimies on suuressa roolissa, kun hoitotyöntekijälle mahdollistetaan resurssit toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Tiedonhaku edellyttää ajan järjestämistä työyhteisössä. Myös täydennyskoulutus hoitotyöntekijöille on välttämätöntä, jotta tiedot pysyvät ajan tasalla. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 126.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistaminen vaatii esimiehen tukea sekä hänen valmiuksiaan järjestää hyvät edellytykset näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiselle. Kyseenalaistamalla yksikön hoitokäytänteitä vahvistetaan tieteellisen tiedon käyttöä. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 127 – 128.)



### 3 Rintasyöpä ja sen hoito

#### 3.1 Rintasyöpä – yleistynvä kansantauti

Rintasyöpä on yleisin ja jatkuvasti yleistynvä syöpätyyppi Suomessa. Rintasyöpää todetaan Suomessa 4 300 naisella vuodessa. Rintasyöpä on noin 200 kertaa tavallisempi ja yleisempi naisilla kuin miehillä. (Huovinen – Riikola 2010.) Miehillä rintasyöpä on harvinaista, mutta sitä kuitenkin todetaan 10-20 miehellä vuodessa. Sekä miesten että naisten rintasyöpää hoidetaan samalla tavalla. (Pellinen ym. 2011: 6.)

Uusimpien arvioiden mukaan rintasyöpään sairastuu joka 10. nainen elämänsä aikana (Huovinen – Riikola 2010). Alle 30-vuotiailla rintasyöpä on harvinainen sairaus, mutta sen todennäköisyys lisääntyy merkittävästi 35:n ja 50:n ikävuoden välillä (Huovinen – Riikola 2010). Useimmiten rintasyöpä todetaan 40-60 vuoden iässä, mutta rintasyöpäriski pysyy yhtä suurena noin 75 ikävuoteen asti. Tutkimusten perusteella sairastumisriski pysyttelee melko korkeana vielä vanhemmallakin iällä. (Pellinen ym. 2011: 6.)

#### 3.2 Rintasyövälle altistavat riskitekijät

Useiden eri tekijöiden yhteisvaikutukset vaikuttavat rintasyövän kehittymiseen (Huovinen – Riikola 2010). Yhtä yksittäistä syytä rintasyövän syntyyn ei ole pystytty toistaiseksi osoittamaan (Pellinen ym. 2011: 7). Riskitekijöiksi voidaan kuitenkin luokitella muun muassa lapsettomuus, pitkäaikainen hormonikorvaushoito, ylipaino ja runsas alkoholinkäyttö sekä ensimmäinen synnytys yli 30-vuotiaana (Huovinen – Riikola 2010). Rintasyöpä voi kehittyä vuosien tai jopa vuosikymmenien kuluessa (Pellinen ym. 2011: 7).

Rintasyöpään vaikuttavat myös geneettiset tekijät. Suurin rintasyövälle altistava tekijä on naisilla, joiden suvuissa on esiintynyt rintasyöpää. Samoilla suvuilla on myös suurentunut riski sairastua munasarjasyöpään. Perimän merkitys rintasyövän syntyyn on nykytiedon mukaan noin 5 prosenttia. Tämän lisäksi on tutkittu, että rintasyöpään sairastumisen vaaraa lisää yli 5 vuotta jatkunut hormonihoito. Hormonilääkityksen tarkoituksena on elämänlaadun paraneminen ja siitä on hyötyä muun muassa osteoporoosin ehkäisemisessä. Lisäksi on todettu, että aikainen kuukautisten alkamisikä sekä

myöhäiset vaihdevuodet lisäävät rintasyöpään sairastumisen vaaraa. (Pellinen ym. 2011: 7.)

### 3.3 Rintasyövältä suojaavat tekijät

Tutkimuksissa on kokeiltu antiestrogeenia (tamoksifeenia) lääkinnällisenä ehkäisyinä naisille, joilla rintasyöpäriski on kohtalaisesti suurentunut. Tamoksifeenihoito voikin vähentää rintasyöpäriskiä vähintään kymmeneksi vuodeksi, jos sitä käytetään viiden vuoden ajan. Tamoksifeenihoito kuitenkin lisää kohtusyöpä- ja laskimotukosriskiä sekä vaihdevuosioireita. (Huovinen – Riikola 2010.)

Nykytiedon mukaan imetys lasketaan rintasyövältä suojaavaksi tekijäksi. Ravinnon vaikutusta rintasyövän syntyyn on tutkittu paljon, mutta minkään tietyn ravintoaineen ei ole todettu suojaavan tai altistavan todistetusti syövän synnyssä. Terveellisellä ruokavaliolla, kuten kokojyväviljatuotteilla, juureksilla, vihanneksilla, hedelmillä ja marjoilla sen sijaan on todettu olevan suotuisia vaikutuksia rintasyövän ehkäisyssä. Kaikista näistä suojaavista ja altistavista tekijöistä huolimatta ei kuitenkaan voida sanoa kuka sairastuu ja kuka ei. (Pellinen ym. 2011: 7-8.)

### 3.4 Rintasyövän oireet

Neljännes rintasyöivistä on täysin oireettomia ja ne todetaan mammografian yhteydessä. Jopa 70-80 prosentilla sairastuneista on oireena rinnan alueella kova ja aristamaton kyhmy, jonka nainen on löytänyt itse tai joka on tullut esille lääkärin tutkimuksen yhteydessä. (Pellinen ym. 2011: 8.)

Muita oireita voivat olla kipu tai muu tavanomaisuudesta poikkeava tuntemus rinnassa, nännistä erittyvä kirkas tai verinen neste, ihottuma rinnan alueella tai kyhmy kainalossa (Huovinen – Riikola 2010). Kuumotus, punotus tai ihon vetäytyminen kuopalle voivat olla myös oireena (Pellinen ym. 2011: 8). On kuitenkin huomioitava, että kyhmy tai muiden oireiden taustalla voi myös olla täysin vaaraton, nesteen täyttämä kysta. Näissä tapauksissa mammografiakuvauksella ja ultraäänitutkimuksella varmistetaan, ettei kystan yhteydessä ole malignia eli pahalaatuista kasvainta. Rintasyöpä diagnosoidaan

erittäin harvoin metastaaseista eli etäpesäkkeistä, jolloin oireina voi olla kipuja, hengitysvaikeuksia ja kyhmyjä. (Huovinen – Riikola 2010.)

### 3.5 Rintasyövän toteaminen ja tutkimusmenetelmät

Rintatutkimuksia tehdään ensin rinnan ulkoisella tarkastelulla sekä rintojen ja kainaloitten tunnustelulla (Pellinen ym. 2011: 9). Potilaan istuessa lääkäri tutkii rintojen symmetrisyyden, ihoreaktiot, mahdolliset värimuutokset ja ihon ääriviivat. On tärkeää huomioida myös onko näanneissä vetäytymiä, ihottumaa tai vuotoa. Tämän jälkeen potilas käy makuuasentoon ja lääkäri tunnustelee potilaan rinnat, kainalot ja soliskuopat. (Huovinen – Riikola 2010.)

Huovisen ja Riikolan (2010) mukaan ensisijaisena tutkimusmenetelmänä käytetään mammografiaa. Jos mammografiassa rinnasta löytyy poikkeava muutos, ei se automaattisesti tarkoita kuitenkaan sitä, että potilaalla olisi rintasyöpä. Lisätutkimuksia, kuten ultraäänitutkimus, magneettikuvaus tai galaktografia eli maitotiehyiden varjoainekuvaus, on tärkeää tehdä epäilyttävien muutosten löytymisen jälkeen.

Jos syövän mahdollisuutta epäillään, otetaan rinnasta ohut- tai paksuneulanäyte, jolla saadaan kerättyä soluja tai kudosta mikroskooppista tutkimusta varten (Pellinen ym. 2011: 9). Heikkilän, Hukkisen ja Leideniuksen (2009: 926) mukaan paremman diagnostisen varmuuden vuoksi rintasyövän diagnostiikassa tulisi käyttää mieluummin paksuneulanäytettä ohutneulanäytteen sijasta. Heidän mukaansa ohutneulanäytteen käyttö tulisi rajoittaa vain poikkeustapauksiin, kuten antikoagulaattihoitoa saaviin potilaisiin. Tämä johtuu siitä, että paksuneulanäytteenoton jälkeen verenpurkaumat ovat yleisempiä kuin ohutneulanäytteenoton jälkeen. (Heikkilä – Hukkinen – Leidenius 2009: 925.)

Ohut- ja paksuneulanäytetutkimusten avulla saadaan yleensä varmennus taudin määrittämistä varten. Vaikka mikroskooppisesti tutkimuksesta ei löytyisikään mitään syöpään viittaavaa, mutta muita oireita silti esiintyy, varmistetaan löydös leikkauksen avulla. (Pellinen ym. 2011: 9.)

### 3.6 Mammografiaseulonta

Mammografiaseulonnalla pyritään havaitsemaan rintasyöpä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin siksi, että ennuste riippuu paljon siitä, missä vaiheessa rintasyöpä todetaan: mitä varhaisemmassa vaiheessa syöpä löydetään, sitä parempi ennuste on. Mammografiaseulontoihin osallistumattomien potilaiden joukossa rintasyöpäkuolleisuus on suurempi kuin niiden, jotka osallistuvat säännöllisesti seulontoihin. (Huovinen – Riikola 2010.)

Mammografiaseulontatutkimukset tehdään niille ikäryhmille, joissa on suurin riski sairastua rintasyöpään (Pellinen ym. 2011: 9). Mammografiaseulonnat ovat Suomessa lakisääteisiä ja niihin kutsutaan 50-69-vuotiaat naiset kahden vuoden välein. Mammografiaseulontoihin osallistumisen lisäksi kaikille naisille suositellaan rintojen omatoimista tutkimista. (Huovinen – Riikola 2010.)

### 3.7 Rintasyövän hoito

Kun rintasyöpä on todettu, suunnitellaan hoitokokonaisuus yksilöllisesti sairastuneen iän, terveydentilan ja kasvaimen ominaisuuksien mukaan. Hoito voi koostua leikkauksen lisäksi liittäishoidoista eli sädehoidosta ja lääkehoidosta. (Huovinen – Riikola 2008.) Lääkehoitona käytetään hormonaalisia hoitoja, solunsalpaajia eli sytostaattihoidoja tai vasta-ainehoidoja eli täsmälääkkeitä (Pellinen ym. 2011: 10).

#### 3.7.1 Leikkaushoito

Rintasyöpää aletaan hoitaa yleensä leikkauksella. Sen tarkoituksena on poistaa syöpäkudos rinnan ja joskus myös kainalon alueelta. Rintasyöpä leviää usein ensin imuteitä pitkin kasvaimen puoleiseen kainaloon, minkä vuoksi juuri näiden imusolmukkeiden tutkiminen on todella tärkeää. Nykyaikaisen kirurgian tavoitteena on, että mahdollisimman monille sairastuneille voitaisiin tehdä rintaa säästävä leikkaus. Mahdollisista leikkausvaihtoehdoista keskustellaan lääkärin kanssa ennen päätöksen tekemistä. (Pellinen ym. 2011: 10.)

Rintasyöpäleikkaukset voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: rintaa säästävä leikkaus eli segmenttiresektio, reduktioplastia eli rinnanpienennys (tervettä rintaa pienennetään,

jotta se saadaan samannäköiseksi) ja rinnanpoistoleikkaus eli ablatio mammae, mastektomia (Jahkola ym. 2011: 7-8).

Joskus on tarpeen tehdä uusintaleikkaus, jos mikroskooppisessa tutkimuksessa on todettu syöpäkudosta olevan oletettua laajemmalla alueella. Tällöin rinnasta poistetaan lisäalue, toisinaan joudutaan poistamaan koko rinta. (Pellinen ym. 2011: 12.)

Mastektomiassa poistetaan koko rintarauhanen, nänni, nännipiha ja rinnan ihoa. Rinnan ihoa poistetaan siksi, että rinnan seinämä jäisi mahdollisimman sileäksi. Rinnan alue kestää tällöin paremmin sädehoidon. Mastektomioita tehdään noin 40 prosentille rintasyöpäpotilaista. Tähän päädytään, jos kasvain on laaja ja potilas on alle 35-vuotias, jolloin voidaan epäillä syövän olevan ärhäkkä. Lisäksi potilaalla voidaan todeta geneettinen virhe, jolloin hänellä on taipumus saada syöpä. (Jahkola ym. 2011: 8.)

Segmenttiresektio eli rinnan säästävä leikkaus tehdään, kun kasvain on läpimitaltaan alle kolme senttimetriä (Huovinen – Riikola 2008). Tämän lisäksi invasiivisen syöpäkasvaimen poiston on onnistuttava tervekudosmarginaalilla ilman rinnan ulkomuodon kohtuuttomia muutoksia (Blanco 2008). Muissa tapauksissa suositellaan mastektomiaa (Huovinen – Riikola 2008). Segmenttiresektioleikkaus yhdessä sädehoidon kanssa antaa tutkimuksen perusteella eloonjäämisen suhteen saman tuloksen kuin mastektomia (Blanco 2008).

Segmenttiresektio ja reduktioplastia ovat mahdollisia tehdä päiväkirurgisesti. Rinnanpoistoleikkausta eli mastektomiaa ei taasen tehdä päiväkirurgisesti leikkauksen suuruuden vuoksi. (Leidenius 2012)

Syövän levinneisyys kainalon imusolmukkeisiin selvitetään rintasyöpäleikkauksen yhteydessä. Jos syöpäkasvain on kooltaan alle kolme senttimetriä, voidaan levinneisyys tutkia ottamalla kainalosta vartijaimusolmuke näytteeksi. Jos vartijaimusolmukkeessa ei ole metastaaseja, ei kainaloa automaattisesti tyhjennetä imusolmukkeista. (Huovinen – Riikola 2008)

### 3.7.1.1 Vartijaimusolmuketutkimus

Vartijaimusolmuketutkimus tehdään potilaille, joilla on pienehkö kasvain eikä epäilyä esimerkiksi kainalon metastaaseista ole. Tutkimuksen tarkoituksena on etsiä imusolmukkeet, joihin mahdolliset syöpäsolut ovat ensimmäiseksi kulkeutuneet. Kainalon imusolmukkeista poimitaan muutama niin sanottu vartijaimusolmuke. Patologi tutkii nämä leikkauksen aikana. Jos vartijaimusolmukkeesta löytyy syöpäsoluja, joudutaan kainalon imusolmukealue tyhjentämään. Vartijaimusolmuketutkimuksen avulla välletään koko kainalon tyhjennys, josta voi olla usein eriasteista pitkäaikaista vaivaa. Vartijaimusolmukkeet löydetään siten, että kasvaimen lähettyville ruiskutetaan radioaktiivista ainetta sekä siniväriainetta. Nämä kulkeutuvat lymfanesteessä muutama imusolmukkeeseen. Väriaineen ansiosta imusolmukkeet muuttuvat kirkkaan sinisiksi. Tämä helpottaa leikkaavan kirurgin työtä. (Peltoniemi 2012.)

### 3.7.2 Liitännäishoidot

Sädehoidon tarkoituksena on poistaa leikkausalueelta ja sen ympärille mahdollisesti jääneet pienet kasvainpesäkkeet. Näiden hoitojen tarkoituksena on vähentää syövän paikallisen uusiutumisen vaaraa. (Pellinen ym. 2011: 11)

Segmenttiresektion eli säästävän leikkauksen jälkeen rintaan annettu sädehoito vähentää 68% paikallisia uusiutumia. Mastektomian eli rinnanpoiston jälkeen sädehoito on perusteltua, kun kasvain on läpimitaltaan yli 50 millimetriä tai kun kainalossa on yli neljä metastasoitunutta imusolmuketta. Jos kainalon tyhjennyksessä on todettu 1-3 metaattista imusolmuketta, voidaan sädehoitoa antaa harkinnanvaraisesti. (Blanco 2008) Lääkehoidolla, joka käsittää hormonihoitoa, solunsalpaajahoidon ja vasta-aineilla tehdyn hoidon, vaikutetaan koko elimistöön. Niiden tarkoituksena on tuhota elimistössä kiertävät syöpäsolut ja estää etäpesäkkeiden eli metastaasien kehittyminen. Jo todettu- ja etäpesäkkeitä nujerretaan lääkehoidon keinoin. (Pellinen ym. 2011: 10) Antrasykliinipohjainen solunsalpaajayhdistelmä ja viiden vuoden pituinen hormonaalinen hoito tamoksifeenilla on todettu vähentävän rintasyöpäkuolleisuutta jopa 50 % (Blanco 2008).

### 3.8 Ennuste

Rintasyöpä on nykyisin hyväennusteinen tauti, josta suurin sairastuneista selviää. Taudin varhaisempi toteaminen ja hoitojen kehittyminen ovat vaikuttaneet ennusteen parantamiseen. Naisten osallistuminen mammografia-seulontoihin on mahdollistanut rintasyövän löytymisen aikaisemmin. Myös toteamismenetelmät ovat paremmat. Naiset osaavat lisäksi itse tarkkailla rintojaan mahdollisten rintasyöpään viittaavien muutosten löytämiseksi. (Pellinen ym. 2011: 6) Näiden tekijöiden ansiosta rintasyöpään sairastuneista 89 prosenttia on elossa viiden vuoden kuluttua taudin diagnosoinnista (Huovinen – Riikola 2010). Tärkeää on ollut myös se, että rintasyövän hoitoon on yhdistetty leikkauksen ja sädehoidon lisäksi lääkehoito. (Pellinen ym. 2011: 6)

## 4 Potilasohjaus

### 4.1 Toimiva potilasohjaus

Ohjauksella tarkoitetaan tiedon, taidon sekä selviytymisen rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat tasavertaisia. Ohjaamisella kannustetaan ohjattavaa auttamaan itseään omista lähtökohdistaan, jolloin ohjattava itse määrittää ohjauksen sisällön ja tavoitteet. Tämä auttaa ohjattavaa motivoitumaan ja sitoutumaan asiaan. (Virkki – Eloranta 2011: 19-20)

Ohjausprosessi alkaa ohjauksen tarpeen määrittelyllä, jonka jälkeen suunnitellaan itse ohjauksen kulku. Toteutuneen ohjauksen lopuksi arvioidaan sen vaikuttavuus ja onnistuminen. Tarpeen määrittely on keskeinen osa ohjausta ja potilaan tarpeet ovat sen lähtökohhta. Sekä yksilön että yhteisön voimavarat vaikuttavat ohjauksen tarpeenmäärittelyyn ja toteutukseen. (Lipponen – Kyngäs – Kääriäinen 2006: 10.)

Ohjauksessa on tärkeää huomioida potilaan ohjauksen tarve, aikaisemmat tiedot sekä kokemukset, uskomukset ja asenteet. Myös potilaan tiedonvastaanotto-kyky, tunnetila ja motivaatio tulee ottaa huomioon. Kysymyksillä ja keskustelulla ohjauksen välillä ja lopussa on hyvä varmistaa, onko potilas ymmärtänyt annetut ohjeet vai onko jotain jäänyt epäselväksi. Annettavan tiedon pitää myös olla potilaalle merkityksellistä, ja se tulee esittää ammattisanastoa välttäen. On tärkeää ymmärtää, että potilaalla on oikeus

asianmukaiseen ohjaukseen, koska sen pohjana on kolme arvoa: ihmisen autonomia, hänen oikeutensa sivistykseen ja terveyteen. (Virkki – Eloranta 2011: 22 – 23.)

#### 4.2 Ohjauksen resurssit ja riittävyys

Ohjauksen resursseihin kuuluu toimintamahdollisuudet, ohjausmenetelmien hallinta sekä hoitajan tiedot, taidot ja asenteet. Toimintamahdollisuudet tarkoittavat asianmukaista ohjaustilaa, ohjausajan riittävyyttä ja ohjauksessa tarvittavaa välineistöä. (Kääriäinen 2007: 79 – 80.) Ohjauksen riittävyys tarkoittaa hoitopolun eri vaiheissa annettavaa ohjausta. Siihen kuuluu sairauteen, hoitoon, sairauden hoitoon, sosiaaliseen tukeen ja hoidonjälkeiseen vointiin liittyvä ohjaus. (Kääriäinen 2007: 86-87.) Hoitajan tiedot ja taidot ovat neuvonnan lähtökohtana. Sen päämääränä on neuvotella yhteisen tavoitteen saavuttaminen. Pohjana on potilaan ja asiakkaan tarpeet. (Virkki – Eloranta 2011: 21.)

#### 4.3 Ohjauksen toteutus ja vaikutukset

Ohjauksen toteutuksen laatuun vaikuttavat ilmapiiri, potilaslähtöinen ohjaustoiminta ja vuorovaikutus. Potilaslähtöisessä ohjaustoiminnassa korostuvat hyvät ohjauksen resurssit ja riittävä sosiaalinen tuki sekä siihen liittyvä ohjaus. Hyvä tiedonsaanti, suunnitelmallisuus, potilaan mielipiteiden ja pelkojen, toiveiden sekä omaisten huomiointi ohjauksessa vaikuttavat positiivisesti ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteen ilmapiiri koetaan hyväksi, kun ilmapiiri on asiantunteva, luotettava, rauhallinen, miellyttävä, onnistunut, kannustava ja inhimillinen. (Kääriäinen 2007: 82 – 84.)

Hyvään vuorovaikutukseen kuuluvat Lipposen ym. (2006: 28) mukaan viestintä, fyysinen ympäristö ja ohjattava-hoitaja suhde. Ymmärrettävän ja selkeän kielen käyttö, sanallinen ja sanaton viestintä sekä johdonmukaisuus, ohjaukseen varattu aika ja ohjattavan resurssien (ikä, vastaanottokyky) huomioiminen ovat laadulliseen viestintään kuuluvia osa-alueita. (Lipponen ym. 2006: 29.)

Laadullinen fyysinen ympäristö ohjauksessa tarkoittaa tarkoituksenmukaista ja rauhallista tilaa sekä myönteisen ilmapiirin luomista. Ohjattavan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksellisessa suhteessa taas korostuvat keskinäinen luottamus, vastavuoroisuus, rehellisyys, avoimuus, yksilöllisyys ja ammatillisuus. (Lipponen ym. 2006: 28.)



Parhaimmillaan vaikuttava ohjaus lisää potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon, vastuunottoa sairauden hoidosta, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista (Kääriäinen 2007: 88). Onnistunut ohjaus vaatii hoitajalta teoriatiedon lisäksi hyviä vuorovaikutustaitoja ja herkkyyttä aistia potilaan yksilöllisyyden tuomia erityispiirteitä. Hoitajan tiedot ja taidot eivät ole itsestäänselvyys vaan vaativat ammattitaidon päivittämistä eri koulutuksien avulla. Nykypäivän hoitokulttuuriin kuuluvat lyhentyneet hoitoajat sekä kiire luovat haasteita ohjaukselle. (Lipponen ym. 2006: 30.)

Tiedonantaminen on ohjauksen ja neuvonnan antamista sekä opetusta täydentävä muoto, kuten potilaalle annettavat kirjalliset kotihoito-ohjeet haavahoidosta. Tällä tarkoitetaan myös erilaisten itseopiskeluun tarkoitettujen oppaiden ja esitteiden antamista. Tiedonantamisella saavutetaan suuria yleisö-määriä, ja se on siksi hyvä terveystiedon lähde, mutta usein joukkoviestinnällä ei voida antaa yksilöllistä tietoa. (Virkki – Eloranta 2011: 21.)

## **5 Päiväkirurgia rintasyöpätapauksissa HUS:ssa**

### **5.1 Päiväkirurgiset mahdollisuudet**

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) syöpäpotilaat laitetaan leikkausjonoon lähetteen perusteella. Aikataulusta heille ilmoitetaan kirjeitse. Lääkäri tekee päätöksen päiväkirurgisesta leikkauksesta preoperatiivisella käynnillä.

HUS:ssa leikataan päiväkirurgisesti rintasyövän lisäksi myös hyvänlaatuisia rintamuutoksia tai sellaisia muutoksia, joiden luonne on epäselvä. Näitä leikataan ylilääkäri Marjut Leideniuksen mukaan päiväkirurgisesti enemmän kuin syöpäpotilaita. Jos potilaalta poistetaan vain vartijaimusolmukkeet, soveltuvat he hyvin päiväkirurgiaan. Myös kainaloevakuaatiopotilaat voivat olla valikoidusti päiväkirurgisia potilaita, mutta tämä on Leideniuksen (2012) mukaan melko uusia asia. Mastektomialeikkauksistakin on Leideniuksen (2012) mukaan puhuttu, mutta näissä tapauksissa henkinen kuormitus voi olla liiallinen. Rekonstruktioleikkaukset ovat puolestaan toimenpiteenä liian suuria. Isommissa kaupungeissa päiväkirurgiset leikkaukset onnistuvat helpommin. Ylilääkäri Leidenius (2012) arvioi, että mitä kauemmaksi ruuhka-Suomesta mennään, sitä hankalammaksi päiväkirurginen toiminta menee. Syynä tähän ovat pitkät välimatkat. Leideni-

us (2012) kertoo, että on myös sairaaloita, joissa potilaita pidetään osastolla jopa 10 vuorokauden ajan, kunnes dreemit eli laskuputket voidaan poistaa.

Osaston R31:n hoitajat ovat tottuneita hoitamaan rintarauhaskirurgisia potilaita, jolloin erityisosaamisen taso on korkea, Leidenius (2012) korostaa. Vaikka päiväkirurgiaa on lisätty Naistenklinikan osastolla R31, rajoittaa leikkaussalikapasiteetti potilasmäärän kasvua, kertoo ylilääkäri Leidenius (2012). Hänen mukaansa myös hoitajien työmäärä voi lisääntyä, jos päiväkirurgiset potilasmäärät kasvavat.

## 5.2 Päiväkirurgiset kriteerit

HUS:n osastolla R31 päiväkirurgisien kriteerien lähtökohtana on, että potilaan henkisen ja fyysisen kunnon pitää olla sellainen, että pidempää sairaalahoitoa ei tarvita. Esimerkiksi huonokuntoiset ja yksin asuvat vanhukset eivät yleensä sovellu päiväkirurgisiksi potilaiksi. Toisaalta jotkut potilaat voivat olla niin ahdistuneita, että he eivät pysty vastaanottamaan hoitajien antamaa informaatiota ja ohjausta, minkä vuoksi potilaat ovat osastolla pidempään. Ylilääkäri Leidenius kertoo, että kainalon evakuaatioleikkaus voi myös olla yksi syy, miksi päiväkirurgia ei toteudu. Näin ei kuitenkaan aina ole, koska nykyään tällaisetkin potilaat saattavat päästä kotiin jo samana päivänä. (Leidenius 2012.)

Naistenklinikan osastolla R31 sekä hoitajilta että lääkäriltä vaaditaan herkkyyttä arvioida potilaan vointia ja henkistä tilaa, kun mietitään päiväkirurgista leikkausta. Edellytykset onnistuneeseen ja turvalliseen päiväkirurgiaan toteutuvat, jos:

- potilas on valmis ottamaan vastuun hoidostaan kotiutuessaan
- potilas on hyväkuntoinen tai hänellä on enintään lievä ja tasapainossa oleva perussairaus
- potilaalla ei ole huomattavaa ylipainoa
- potilaalla ei ole alkoholin, lääkkeiden ja huumeiden väärinkäyttöä
- potilaalla on hakija päiväkirurgisesta yksiköstä kotiutuessa
- potilaalla on aikuista seuraa kotona toimenpiteen jälkeen seuraavaan aamuun asti. (HUS 2010.)

Lisäksi alkoholin käyttö ja autolla ajaminen on kielletty vuorokausi toimenpiteen jälkeen (HUS 2010).

### 5.3 Päiväkirurginen toimenpide ja sen seuranta

Leideniuksen (2012) mukaan leikkauksen jälkeiset komplikaatiot ja anestesian aiheuttama pahoinvointi ovat syitä potilaan pidempiaikaiseen tarkkailuun osastolla. Itse kasvaimen koko ja levinneisyys eivät vaikuta päätökseen, leikataanko potilas päiväkirurgiassa. Syynä on pikemminkin se, tehdäänkö säästävä leikkaus vai koko rinnan poisto. Leideniuksen (2012) mukaan jopa uudelleen tehtävä rintasyöpäleikkaus voidaan operoida päiväkirurgisesti, jos potilas on muuten hyvävointinen. Alun perin päiväkirurgiseksi suunniteltu leikkaus voi myös muuttua toimenpiteen aikana. Esimerkiksi levinneen syövän vuoksi se voidaan joutua muuttamaan mastektomiaksi, jolloin päiväkirurginen leikkaus kumoutuu. Osa niistä potilaita, jotka eivät sovellu päiväkirurgisiksi kotiutuvat kuitenkin jo seuraavana päivänä. (Leidenius 2012.)

Leikkaustekniikka valitaan aina potilaan ja kasvaimen mukaan, ja leikatusta rinnasta pyritään tekemään hyvä. Erittäin harvoin päiväkirurgiassa tehdään sellaisia leikkauksia, joissa osapoiston lisäksi toista rintaa pienennetään symmetrian säilyttämiseksi. ”Hoito rääätälöidään potilaan tilan ja kasvaimen mukaan, eikä sen mukaan, että potilas pitäisi saada kotiin mahdollisimman pian”, Leidenius (2012) sanoo.

HUS:n osastolla R31 hoitajat huolehtivat pääsääntöisesti potilaan ohjauksesta, joka Leideniuksen (2012) mukaan tulee tehdä ennen leikkausta. Anestesia-aineet vaikuttavat vielä leikkauksen jälkeen, jonka takia esimerkiksi dreenin käytön opettaminen on hankalaa leikkauksen jälkeen.

## 6 Naistenklinikan osasto R31

Naistenklinikan osastolla R31 työskentelee kaiken kaikkiaan 41 työntekijää. He ovat osastonylilääkäri ja 11 osastonlääkärää, joista osa on vakituisia ja osa taas koulutuksessa esimerkiksi erikoistumassa plastiikkakirurgiaan, osastonhoitaja, kaksi apulais-osastonhoitajaa, 18 vakituista sairaanhoitajaa, kaksi perushoitajaa, kolme osastonsihtööriä ja kolme laitoshuoltajaa. Vakituista sairaanhoitajista kolme työskentelee jono- ja rintasyöpähoitajina.

Päiväkirurgisesti leikattavia rinnanosapoistoja eli segmenttiresektioita alettiin leikata Naistenlinikalla vuonna 2008. Vuonna 2011 päiväkirurgisia potilaita leikattiin 489. Tä-

mä määrä käsittää sekä syöpäleikkaukset että rasvanpoistot, koska erilaisia leikkauksia ei erotella tilastollisesti.

## 6.1 Päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolku

Haastattelimme Naistenklinikan osaston R31 sairaanhoitaja Anne Raitopuroa päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoitopolusta ja ohessa kuvaamme hoitopolun hänen kertomaansa pohjaten.

Potilaat hakeutuvat tutkimuksiin joko yksityiselle tai julkiselle puolelle, esimerkiksi terveysasemalle tai työterveyshuoltoon. Potilaita tulee myös mammografiaseulontojen kautta. Rintasyöpää epäiltäessä potilaalta otetaan mammografia, ultraääni sekä tarvittaessa paksuneulanäyte. Potilaan tutkinut lääkäri toimittaa lähetteen osasto R31:lle. Ylilääkäri laatii tämän jälkeen potilaan hoitoa koskevan suunnitelman ja määrää tarvittaessa lisätutkimuksia. Niitä voivat esimerkiksi olla MRI tai luustokartta.

Jonohoitaja ilmoittaa potilaalle poliklinikka-ajan keskimäärin kahden viikon kuluessa. Poliklinikkavastaanotolla lääkäri keskustelee potilaan kanssa rintasyövästä ja leikkauksuunnitelmasta.

Potilaalle kerrotaan päiväkirurgisesta toimenpiteestä ja samalla varmistetaan, ettei potilas ole leikkauksen jälkeistä yötä yksin kotona. Hoitaja antaa tietoa tulevasta leikkauksesta ja hoidosta. Koska tietoa on paljon, annetaan ohjeet myös kirjallisena. Jos potilaalla ei ole leikkaukseen vaikuttavia perussairauksia, ei anestesiaalääkärin tapaaminen ole tarpeellista, vaan konsultaation tekee rintasyöpähoitaja.

### 6.1.1 Käynti rintasyöpähoitajan luona

Kaikki rintasyöpäpotilaat voivat käydä keskustelemassa rintasyöpähoitajan kanssa poliklinikkakäynnin yhteydessä. Rintasyöpähoitaja ohjaa, antaa tietoa sairaudesta ja tukee rintasyövän tuoman elämänmuutoksen kanssa selviytymisessä. Vastaanotolla

keskustellaan myös mahdollisista liitännäishoidoista, perheestä ja omaisten jaksamisesta. Potilaalle annetaan myös mukaan syöpäjärjestöjen oppaita. Poliklinikkakäynnin yhteydessä potilas käy tarvittaessa laboratoriokokeissa.

#### 6.1.2 Leikkausta edeltävä päivä

Leikkausta edeltävänä päivänä leikkaava lääkäri injektoidaan radioaktiivisen merkkiaineen leikattavaan rintaan ja keskustelelee vielä potilaan kanssa leikkaussuunnitelmasta. Hoitaja tekee tulohaastattelun ja kertoo siitä, miten leikkausvalmistelut kotona tehdään. Potilaan kanssa keskustellaan syövän tuomasta elämänmuutoksesta ja vastataan potilaan esille tuomiin kysymyksiin sekä tuetaan potilasta jokapäiväisessä selviytymisessä unohtamatta omaisia. Usein pelkkä kuuntelu auttaa potilasta purkamaan pelkoja ja ahdistuksen tunteita.

Potilas käy vielä tarvittaessa verikokeissa ja isotooppiiröntgenkuvauksessa. Kun nämä tutkimukset on tehty, potilas voi lähteä yöksi kotiin. Fysioterapeutti antaa jumppaohjeita leikkauksen jälkeistä toipumista helpottamaan.

#### 6.1.3 Leikkauspäivä

Potilaat tulevat osastolle sovittuna aikana. Potilaat ohjataan huoneeseen ja esilääke annetaan tuntia ennen leikkausta. Päiväkirurgisen potilaan esilääke on useimmiten Diapam ja Panadol.

Leikkauksen jälkeen potilas viedään heräämöhön, josta hänet haetaan osastolle, kun elintoiminnot ovat vakaat. Osastolla potilas on niin kauan, kunnes hänen vointinsa on hyvä ja kotiuttaminen voidaan tehdä turvallisesti. Potilaalle annetaan vielä kotihoito-ohjeet niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Potilaalla tulee olla mukana saattaja, jotta hän voi kotiutua.

#### 6.1.4 Postoperatiivinen soitto ja jälkitarkastuskäynti

Sairaanhoitaja soittaa potilaalle leikkauksen jälkeisenä päivänä. Soiton tarkoituksena on varmistaa, että potilas voi hyvin eikä ongelmia ole tullut. Puhelulla halutaan myös varmistaa, että potilaalla on tilaisuus kysyä hoitoon liittyviä asioita.

Lääkäri kertoo vastaanotolla potilaalle tulevien hoitojen suunnitelman ja tarkistaa leikkaushaavan. Tarvittaessa haava-alueelle kertynyttä nestettä punktoidaan. Potilaalle annetaan tietoa syöpätautien poliklinikasta, jonne hän saa ajan kolmen viikon päähän.

## 6.2 Mammae meeting

Mammae meeting on kirurgien, onkologien, patologin, radiologin ja rintasyöpähoitajien hoitokokous, jossa käsitellään potilastapauksia ja diagnostisia ongelmia. Siellä keskustellaan R31:n potilaista, jotka on leikattu pari viikkoa aikaisemmin. Kokouksessa kirurgi esittelee potilaan ja tiimi määrittää potilaan hoitopolun suunnan. Esimerkiksi aggressiivinen syöpä päätetään hoitaa ensin solunsalpaajilla ja vasta sen jälkeen potilas tulee rinnan poistoon. Hoitokokouksessa onkologi kertoo mitä liitännäishoitoja potilaalle tehdään, sitten suunnitelma kirjataan ylös sairaskertomukseen sanelua varten. Kokouksessa voidaan myös esimerkiksi päättää rintasyöpäleikkauksen yhteydessä toteutettavasta rintarekonstruktiosta. (Leidenius 2012.)

Ylilääkäri Leideniuksen (2012) mukaan tiimityö on tärkeää rintasyöpäleikkauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Yhteistyötä tehdään tiiviisti röntgenin, patologian laitoksen ja syöpätautien klinikan kanssa. Jälkimmäisessä pidetään mammae meetingien lisäksi myös kokouksia, joissa käsitellään ongelmallisia tapauksia. Myös puhelinkonsultaatiota tehdään tiiviisti. Naistentautien poliklinikan kanssa tehdään yhteistyötä etenkin silloin, kun potilaalla on rinta- ja munasarjasyövälle altistava perinnöllinen geenivirhe.

## 7 Rintasyöpäpotilaan kokemukset, tuen saanti ja ohjaus

### 7.1 Päiväkirurginen syöpäleikkaus

Päiväkirurgisesti tehdyt rintasyöpäleikkaukset ovat Suomessa melko uusi asia. Nais-tenklinikalla päiväkirurgisia segmenttiresektioleikkauksia on tehty vuodesta 2008. TAYS:ssa rinnan segmenttiresektiot ja vartijaimusolmukenegeatiiviset potilaat ovat käytännössä kaikki päiväkirurgisia potilaita. Noin 40 % TAYS:n rintasyöpäpotilaista kotiutuvat toimenpidepäivänä. Vain yksittäisiä mastektomia-potilaita on kotiutunut toimenpi-

depäivänä. KYS:ssä, TYKS:ssä ja OYS:ssa ei tehdä vielä yhtään rintasyöpäleikkausta päiväkirurgisena.

Suomalaisia tutkimuksia kyseisestä aiheesta, varsinkaan päiväkirurgian ja ohjauksen näkökulmasta, ei ole. Kansainvälisesti tutkimuksia sen sijaan löytyy, mutta rajoitetusti. Tämä kertoo siitä, että tutkimus ohjauksen ja tuen saannin toteutumisesta päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa, on hyödyllinen ja se tuo uutta tietoa aiheesta.

## 7.2 Päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan ohjaukseen vaikuttavat osatekijät

Drageset, Lindstrom, Giske ja Underlid (2010: 1942) ovat tutkineet naisten kokemuksia naisten odottaessa leikkausta rintasyöpädiagnoosin saamisen jälkeen. Menetelmänä he käyttivät puolistrukturoitua yksilöhaastattelua. Teemoiksi erottui tuloksissa odotusaika, epävarmuus, sairaudesta kertominen, olemassaolon tietoisuus ja ajatus siitä, että olo on terve, mutta sairauteen täytyi sopeutua. (Drageset ym. 2010: 1943.)

Diagnoosin saatuaan elämä tuntui potilaista Dragesetin ym. (2010) mukaan kaoottiselta. Naisten elämä muuttui nopeasti ja dramaattisesti. Naiset kokivat olonsa fyysisesti hyväksi, mutta he olivat ymmärtäneet sairastavansa vakavaa tautia. Monelle diagnoosi oli pelottava ja vaikea ymmärtää, koska heillä ei ollut kyhmyä, kipuja tai muita oireita. (Drageset 2010: 1943.)

Odotusaika diagnoosin saannin ja leikkaukseen pääsyn välillä vaihteli yhdestä kolmeen viikkoon. Tämä aika vaikutti naisten emotionaalisiiin reaktioihin. Ne naiset, joilla oli ”kohdalainen” kuoleman pelko, vaikuttivat reagoivan odotusaikaan negatiivisesti. Osa naisista sen sijaan eli normaalisti koko odotusajan. (Drageset ym. 2010: 1943.) Yksi naisista kuvaili odotusajan kuluneen niin nopeasti, ettei sitä ennättänyt edes tajuta. Suurin osa naisista kuitenkin koki odotusajan pelottavaksi, toivottomaksi, pitkäksi ja vaikeaksi kestää. Pelot kohdistuivat esimerkiksi syövän leviämiseen pitkän odotusajan takia. (Drageset 2010: 1943–1944.)

Vaikka naisille oli kerrottu odotusajasta, yksi naisista pelkäsi, että hänet oli unohdettu leikkauslistalta, ja tämän vuoksi hän soitti sairaalaan. Kaikille naisille oli kerrottu, että sairaalaan saa soittaa milloin vain. Osa naisista kuitenkin pelkäsi häiritseväänsä hoitohenkilökuntaa ja koki vaikeaksi soittaa hoitajalle, jota ei tunne. Leikkausajan selviäminen lievitti pelkoa ja ahdistusta sekä toi turvallisuuden ja kontrollin tunnetta. Pääsään-

töisesti naiset halusivat, että leikkaus tehtäisiin nopeasti, jotta he pääsisivät jatkamaan elämäänsä. (Drageset 2010: 1943–1944.)

Naiset liittivät epävarmuuden tulevaisuuteen, leikkaukseen ja rinnan menetykseen. Tulevaisuuteen liittyvä epävarmuus ilmeni siten, että naiset pohtivat miten rintasyöpä tulee vaikuttamaan tulevaisuuteen ja mitä lääkäri kertoo preoperatiivisella käynnillä. (Drageset ym. 2010: 1943–1944.) Leikkaukseen liittyvät huolenaiheet olivat epävarmuus itse leikkauksesta ja postoperatiivisesta voinnista. Monella oli huolta ja epävarmuutta jatkohoidoista, esimerkiksi kemoterapiasta. Tämän lisäksi kontrollinmenetys mietitytti kirjallisesta ohjausmateriaalista huolimatta esimerkiksi anestesian aikana. Pelko kivuista ja postoperatiivisesta pahoinvoinnista, huoli arvasta ja sen ulkonäöstä sekä pelko toisten armoille joutumisesta leikkauksen jälkeen olivat myös vahvasti esillä naisten kertomuksissa. (Drageset ym. 2010: 1943–1944.)

On tärkeää ymmärtää, että suhtautuminen rintasyöpäleikkaukseen vaihtelee potilaiden yksilöllisyyden mukaan. Odotusaika diagnoosista leikkauspäivämäärään oli koettu sekä hyväksi että huonoksi. Osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki odotusajan olevan sopiva, jotta he olivat ehtineet järjestää käytännönasiat kuntoon. (Drageset ym 2010: 1948.) Tutkimuksessa nousi kuitenkin esille, että leikkausta odottavan potilaan tukena on hyvä olla terveydenhuollon ammattilainen, esimerkiksi rintasyöpähoitaja. Tukeminen yksilöllisesti kaikilla näillä osa-alueilla (sopeutuminen, odotusaika, epävarmuus, kertominen, olemassaolon tietoisuus) on tärkeää. Lisäksi aikaisessa vaiheessa annettu leikkauksen ajankohta lievittää rintasyöpäpotilaiden ahdistusta ja epävarmuutta. (Drageset ym 2010: 1948.)

Frotscherin, Beetsin ja von Meyenfeldtin (2005: 61) mukaan potilaan mahdollisimman nopeaan toipumiseen vaikuttavat hyvin suunniteltu hoitoprosessi, johon kuuluu asianmukainen leikkaus ja anestesia. Rintasyöpähoitajalla on lisäksi tärkeä rooli hoidossa, koska häneltä potilaat saavat kattavan tietopaketin ja opastuksen hoitoon sekä sairauteen liittyvissä asioissa. Osaston muilta hoitajilta saa taas tietoa haavanhoidosta ja esimerkiksi dreenin käytöstä. Kaikki nämä mahdollistavat potilaan mahdollisimman nopean paranemisen.

Tutkimuksissa 25 - 30 prosenttia potilaista on raportoinut kärsivänsä kohtalaista tai vaikeaa kipua kotona päiväkirurgisten leikkaustoimenpiteiden jälkeen. Kivun esiintymiseen vaikuttaa muun muassa haavan koon, anestesiamuodon ja perioperatiivisen ki-



vunhoidon lisäksi potilaan aikaisemmat kokemukset, hoitoympäristö ja leikkausta edeltävä ohjaus. Vuorovaikutussuhteet fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön, kuten hoitajiin ovat olennaisia yksilön kipuongelman kannalta. (Salanterä ym. 2006: 20–21.)

### 7.3 Kivunhoito ja potilaan ohjaus

Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa kivusta ja kivunhoidosta. Potilasohjauksen tarkoituksena on, että potilas saa tarpeeksi tietoa omasta kivustaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä, hoidoista ja hoitomenetelmistä. Näin hän kykenee tekemään kivunhoitoonsa liittyviä päätöksiä. Kivunhoidon epäonnistumisen syy on usein tietämättömyys. Yksi yleisimmistä virheajatuksista on, että vahvoista kipulääkkeistä tulee riippuvaiseksi. Potilaat voivat ajatella, että hoitajat ja lääkärit tietävät parhaiten kuinka kiipeitä potilaat ovat, eikä kivusta tarvitse itse kertoa. Onnistunutta kivunhoitoa edesauttaa ajantasaisen ja ristiriidattoman tiedon tarjoaminen. Hoitajan tulee myös varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetun tiedon sisällön. Potilas ja hänen läheisensä tarvitsevat tietoa suullisesti ja kirjallisesti. Ohjauksen tulee vastata potilaan tarpeita ja tapaa ymmärtää sekä oppia. (Salanterä 2006: 91.)

Tietoa ei tulisi antaa liikaa yhdellä kertaa ja ajankohta tulisi valita potilaalle sopivaksi. Kirjallisen ja puhutun materiaalin ei tulisi olla ristiriidassa keskenään. Henkilökunnan pitää antaa yhdenmukaista tietoa potilaalle. Potilaalle pitää myös kertoa, mistä hän voi saada lisää tietoa. Kirjallisessa materiaalissa asiat tulee ilmaista loogisina kokonaisuuksina selkeällä kielellä ja teksti ei saa olla kielellisesti liian vaikeata. Visuaalinen ilme pitää suunnitella sellaiseksi, että sen teksti ja kuvat ovat ymmärrettäviä. (Salanterä 2006: 92.)

### 7.4 Akuutti kipu ja potilaan ohjaus

Potilaat toivovat saavansa tietoa siitä, tulevatko he toimenpiteen aikana tai sen jälkeen kokemaan kipua ja miten kauan kipu kestää. He myös haluavat tietää, mitä hoitovaihtoehtoja kipuun on tarjolla ja millainen kipu on normaalia. Leikkausta edeltävällä ohjauksella on yhteyttä sen jälkeen koettuun kipuun. Sellaiset potilaat, jotka tietävät, mitä on tulossa, kokevat vähemmän kipua kuin ne, jotka eivät tietoa tulevasta ole saaneet. Ahdistus ja pelot vähenevät, kun potilailla on tietoa. (Salanterä 2006: 92.)

Ohjauksen merkitys korostuu entisestään silloin, kun kipu liittyy yllätyksenä tulevaan elämäntilanteeseen. Tällaisia ovat esimerkiksi onnettomuudet ja vakavat sairaudet. Ohjaus on tällöin haaste koko moniammatilliselle hoitoryhmälle, ja ohjauksessa tulee kin huomioida mahdollinen stressireaktio. Kriisi voi vaikuttaa siihen, että potilas ei pysty ymmärtämään annettuja ohjeita ja käsitellä niitä. (Salanterä 2006: 93.)

Onnistunut kivunhoito edellyttää, että osastolla on riittävästi henkilökuntaa, jolla on tarvittavat tiedot sekä taidot kivusta ja kivunhoidosta. Sairaanhoidajalla pitää myös olla päätöksentekotaitoa, koska hän vie potilaan asioita eteenpäin esimerkiksi kertomalla lääkärille, jos määrätty hoito ei ole riittävää. (Salanterä 2006: 146, 175.)

## 7.5 Moniammatillisuus rintasyöpähoidossa

Barryn ym. (2011: 1-2) tutkimuksen mukaan turvallinen ja onnistunut kainalon imusolmukkeen evakuaatio onnistuu, kun hoidossa on mukana moniammatillinen tiimi ja hyvin suunniteltu pre- ja postoperatiivinen potilaanohjaus. Moniammatillisen työryhmän osaaminen oli korkeaa ja heidän potilaille antaman ohjauksen laatuun panostettiin. Potilaiden oli muun muassa mahdollista saada preoperatiivisella käynnillä mukaansa DVD, jossa annettiin oikeanlaisia liikerataohjeita leikkauksen jälkeistä toipumista parantamaan.

Rintasyöpään erikoistunut hoitaja antoi kaikille potilaille dreenin- ja haavanhoitoon liittyvää ohjausta. Kaikki päiväkirurgiset potilaat saivat puhelinnumeron, johon he saivat tarvittaessa soittaa. Hoitaja soitti postoperatiivisen puhelinsoiton jokaiselle potilaalle vuorokauden sisällä. Jos potilaalla oli leikkauksen jälkeisiä ongelmia, heitä pyydettiin tulemaan vastaanotolle. Kaikki potilaat kävivät kahden viikon sisällä jälkitarkastuskäynnillä. (Barry ym. 2011: 2.)

Barryn ym. (2011) tutkimukseen osallistuneet haastateltiin 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Barryn ym. (2011: 2) tutkimuksen tuloksista selviää, että yli 76 % kertoi, että ongelmia ei ollut. Vain alle 4 % potilaista ilmoitti ongelmista. Näillä potilailla oli kipua, huonovointisuutta ja dreenin kanssa selviytymisongelmia.

Tutkimuksen onnistumisen avainasioiksi nousi moniammatillinen tiimi ja hyvät vuorovaikutustaidot. Olennaista oli myös ohjeistaa potilasta postoperatiiviseen aikaan, kuten dreenin käyttöön. Yksi onnistuneen hoitopolun osa oli hyvin suunniteltu anestesia ja

kivunhoito. (Barry ym. 2011: 3.) Potilaiden hoidon laatu ei heikentynyt, vaikka tutkimuksessa nousikin esiin lyhyemmän sairaalassaoloajan taloudelliset edut (Barry ym. 2011: 1).

## 7.6 Rintasyöpäpotilaan tuen saanti

Maukonen ym. (2011: 277) ovat tutkineet rintasyöpäpotilaiden elämänlaatua vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Tutkimukseen vastasi yli 200 naispotilasta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että tärkeimmiksi tuenantajiksi naiset ilmoittivat avio- tai avopuolison, ystävät ja omat lapset. Kolmasosa vastaajista kertoi saavansa tukea myös vertaiselta. (Maukonen 2011: 282.)

Greensladen ym. (2010: 94) tutkimustuloksissa nousi esille samansuuntaisia asioita. Suurin osa hänen tutkimukseen osallistuneista naisista (77 %) tukeutui perheenjäseniin. Heistä neljällä oli perheenjäsenenä terveydenhuollon ammattilainen tai he itse olivat terveydenhuollon ammattilaisia. Vastauksissa korostui riittävän tuen suuri merkitys paranemisprosessissa.

Maukonen ym. (2011: 282) tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhuollon henkilöstöltä saatiin vähän tukea vuosi leikkauksen jälkeen. Huomattavaa on, että terveydenhuollon henkilöstöltä tukea sai vain kahdeksan prosenttia naisista. Hoitokäynnit terveydenhuollon piirissä ovat usein jo vähäisiä, ja se selittää tuen vähyyttä. Sosiaalista tukea saadaankin enemmän, kun hoitosuhde terveydenhuollossa kestää pidemmän aikaa. Hoidon jatkuminen leikkauksen jälkeen, esimerkiksi sädehoidoilla, lisää sosiaalisen tuen määrää verrattuna pelkkään leikkaukseen. Saatu tulos ja terveydenhuollon rooli tuenantajana ovat pohdittavia asioita, koska myös kommunikoinnin ongelmat terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa huonontavat psykososiaalista elämänlaatua leikkauksen jälkeen. (Maukonen 2011: 282.)

Omaisten ja ystävien huomioiminen hoitoprosessin aikana on tärkeää rintasyöpäpotilaiden elämänlaatua tuettaessa. Läheisten mahdollisuus osallistua hoitoprosessiin ja avoin tiedonsaanti terveydenhuollon henkilöstöltä on tärkeää, koska se lisää läheisten jaksamista. Hoitohenkilökunnan on lisäksi hyvä muistuttaa siitä, että tukea tarjoaa myös kolmannen sektorin palvelut, esimerkiksi vertaistuki. (Maukonen 2011: 282.) Vertaistuesssa potilas ei ole vain hoidon ja toimenpiteiden passiivinen vastaanottaja, vaan

toimija. Vertaisuuden kokemus antaa toivoa ja uskoa siihen, että tilanteesta voi selviytyä. (Salanterä 2006: 25.)

Myös Dragesetin ym. (2010) mukaan rintasyöpään sairastuneiden naisten parhaimmat tukijat ovat läheiset, perhe ja ystävät. Kuitenkin on huomioitavaa, että sairaudesta ja diagnoosista kertominen puolisolle, läheiselle tai ystävälle voi olla myös taakka: potilasta painavat sellaiset kysymykset kuten ”Mitä kerron?” tai ”Miten läheiset reagoivat uutiseen?”. Moni kokeekin, että heidän täytyy olla vahvoja perheensä vuoksi. Kaikki eivät informoi läheisiään sairaudesta ja diagnoosista, koska he yrittävät tätä kautta suojella läheisiään. Ohjauksessa ja tuen annossa hoitohenkilökunnan onkin huomioitava, että osa rintasyöpäpotilaista voi väsyä jatkuvaan sairaudesta kertomiseen. (Drageset ym 2010: 1945.)

## 7.7 Selviytyminen

Greensladen ym. (2010) tutkimuksessa korostuivat neljä toisiinsa liittyvää teemaa, jotka olivat tärkeitä vaikuttavia tekijöitä päiväkirurgisten rintasyöpäleikattujen naisten selviytymisessä. Näihin kuuluivat valmistelu, ajoitus, tuki ja perusterveydenhuollon interventio.

Yli puolet tutkituista (58 %) koki terveydenhuollon järjestelmän valmistelleen heidät riittävästi leikkaukseen ja toipumiseen. Heidän mielestään preoperatiivisessa prosessissa käsiteltiin heidän huoliaan koskien leikkausta, ja heitä valmisteltiin sekä kotiutumiseen että siihen, mitä odottaa toipumisjakson aikana kotona. (Greenslade ym. 2010: 94.) Tutkimukseen osallistuneiden mukaan heidän valmistelunsa oli riittävää, mutta leikkausta edeltävän ohjauksen valmistelun ajoitus johti negatiivisiin kokemuksiin. Ohjaus koski esimerkiksi sitä, mitä odottaa välittömästi leikkauksen jälkeisellä jaksolla, mutta myös mahdollisia komplikaatioita ja perusterveydenhuollon seurantakäyntejä. Preoperatiivinen ohjaus oli tutkittavien mielestä suositeltavaa pitää ennen leikkauspäivää. (Greenslade ym. 2010: 94–95.)

Greensladen ym. (2010) mukaan valmistelu, ajoitus, tuki, perusterveydenhuollon interventio vaikuttivat jokaisen tutkittavan selviytymiseen. Vaikka tutkittavilta ei kysytty selviytymiskeinoista, niin he toivat silti esille omia selviytymiskeinojaan, kuten positiivinen asenne, tuen saamisen henkilöltä, jolla on sama diagnoosi sekä tiedon lisääntymisen tilanteessa. (Greenslade ym. 2010: 95.) Suurin osa kertoi, että perheenjäsenillä ja ys-

tävillä sekä heidän antamallaan tuella oli suurin vaikutus selviytymisessä (Greenslade ym. 2010: 95).

## **8 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymys**

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää potilaskyselyn keinoin päiväkirurgisen rintasyöpäleikatun potilaan kokemuksia ohjauksen toteutumisesta ja tuen saannista. Tutkimustulosten pohjalta tavoitteemme on parantaa Naistenklinikan osasto R31:n päiväkirurgisten potilaiden ohjauksen laatua ja osaston toimintaa. Tavoitteena on myös tuottaa ehdotuksia hoitotyön- ja ohjauksen kehittämiseksi Naistenklinikan osastolle R31 (HUS) ja mahdollistaa tutkimustulostemme hyödynnettävyys muissakin yksiköissä.

Tutkimuskysymyksemme on miten laadullinen potilasohjaus ja tuen saanti toteutuvat päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa Naistenklinikan osastolla R31. Tutkimuksen keskiössä on puolistrukturoitu potilaskysely, joka on tehty HUS:lta haettujen tutkimuslupien saamisen jälkeen kesä-syyskuussa 2012.

## **9 Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen toteuttaminen**

Tutkimus on toteutettu Naistenklinikan osastolla R31 strukturoidulla kyselylomakkeella. Valitsimme tutkimusmenetelmäksi strukturoidun kyselyn Naistenklinikan osaston R31 toiveesta teemahaastattelun sijasta. Syynä oli se, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on potilaalle helpompaa kuin osallistuminen teemahaastatteluun. Tämänkaltaises- sa tutkimuksessa on huomioitava potilaan kunto sekä sairauden aiheuttama henkinen taakka ja leikkauksen aiheuttama fyysinen rasitus. Lisäksi hoidot ja hoitoprosessi vievät jo itsessään paljon potilaan energiaa ja voimavaroja. Strukturoituja, kvantitatiiviseen lähestymistapaan perustuvia kysymyksiä onkin täydennetty avoimin kysymyksenasetteluin.

Tutkimuksemme lisähaasteena oli myös se, kuinka tavoittaa kyselyllä päiväkirurgiset potilaat, joiden hoitokaari on poikkeuksellisen lyhyt. Lähtöoletuksenamme oli, että saisimme noin 30 vastausta, joten loppujen lopuksi saamamme 25 vastausta vastasi hyvin tavoitetta.

Sovimme Naistenklinikan osasto R31 kanssa, että kyselylomakkeemme annetaan potilaalle hoitajan toimesta preoperatiivisen käynnin yhteydessä. Potilaat palauttivat kyselyn suljetussa kirjekuoressa nimettömänä jälkitarkastuskäynnillä osaston hoitajille. Jälkitarkastuskäynti oli noin 2 viikkoa leikkauksen jälkeen. Näin ollen potilaille jäi kaiken kaikkiaan noin kuukausi aikaa vastata kyselyyn.

## 9.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake. Kyselylomakkeen laatiminen on tutkimuksen kriittisin vaihe, koska sen tulee olla tutkimusilmiötä kattavasti mittaava ja tarpeeksi täsmällinen. Kyselylomakkeen pohjana tulee olla luotettava katsaus tutkittuun tietoon. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 87.)

Kyselylomakkeen laatiminen alkaa tutkimuksessa käytettävien keskeisten käsitteiden rajaamisella ja niiden määrittelyllä käsiteanalyysin avulla. Määritelmät perustuvat ole-massa olevaan tutkittuun tietoon. Teoreettiset ja määritellyt käsitteet operationalisoit-daan mitattavaan muotoon. Tämä tarkoittaa sitä, että teoreettiset käsitteet puretaan muuttujiksi, jolloin tutkimusilmiötä voidaan mitata. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 87.)

Kyselylomakkeemme pohjautuu ylilääkäri Marjut Leideniuksen haastatteluun (2012), Greensladen ym. (2010), Dragesetin ym. (2010), Maukosen (2011) ja Kääriäisen (2007) tutkimuksiin sekä Salmenterän (2006) *Kivun hoitotyö* -kirjaan. Tämän aineiston pohjalta olemme avanneet keskeiset käsitteet liittyen laadulliseen potilasohjaukseen ja rintasyöpäpotilaan tuen sekä ohjauksen saantiin. Olemme myös määritelleet päiväkirurgiset kriteerit. Operationalisoimme käsitteet mitattavaan muotoon, jolloin saimme kattavamman ja luotettavamman pohjan kyselylomakkeelle.

Valmistelun yhtenä keskeisenä lähteenä oli Naistenklinikan rintarauhaskirurgian klinikan ylilääkäri Marjut Leideniuksen haastattelu. Leidenius on tehnyt työuransa rintasyöpäkirurgian parissa, joten hän antoi ajankohtaista tietoa päiväkirurgisista rintasyöpäleikkauksista. Lisäksi olemme hyödyntäneet sairaanhoitaja Anne Raitopuron asiantuntemusta Naistenklinikan osaston R31:n toiminnasta. Raitopuro on tehnyt samaan aikaan *Taitava hoitaja* -koulutukseen tutkimusta samasta aiheesta kuin me, mut-

ta hoitajan näkökulmasta. Tutkimuksemme täydentävät toisiaan, sillä meidän tutkimuksemme lähtökohtana ovat potilaiden kokemukset.

Kyselylomakkeessa on käytetty Likertin-asteikkoa (5 = täysin samaa mieltä, 4 = joihinkin samaa mieltä, 3 = ei osaa sanoa 2 = joihinkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä). Siinä on myös avoimia kysymyksiä, jotta potilaat pystyivät kertomaan omin sanoin ja yksilöllisesti saamastaan tuesta ja ohjauksesta. Kyselylomake pilotoitiin ennen varsinaista tutkimusvaihetta Naistenklinikan osaston R31 hoitajilla. Kysely sai lopullisen muotonsa osastonhoitaja Irja Wahlstedtin ja sairaanhoitaja Anne Raitopuron parannusehdotusten pohjalta.

## 9.2 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen peruskäsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Havaintoyksiköllä viitataan tutkimukssamme kyselyn vastaajaan eli yksittäiseen vastaajaan. Muuttujilla tarkoitetaan teoreettisen käsitteen operationalisoituja yksilöstä mitattavia ominaisuuksia. Arvoilla kuvataan muuttujien luokkia, esimerkiksi samanmiesasteikkoa. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 101.)

Aineisto on analysoitu Excel-taulukoinnin avulla. Keskiössä on aineiston frekvenssien kuvailu ja prosenttiosuuksien laskeminen. Avoimien vastauksien tarjoavat arvokasta lisätietoa potilaiden kokemuksista ja tuntemuksista hoidon jälkeen. Tutkimustulokset esiteltiin Naistenklinikan osaston R31 osastokokouksessa 12.11.2012.

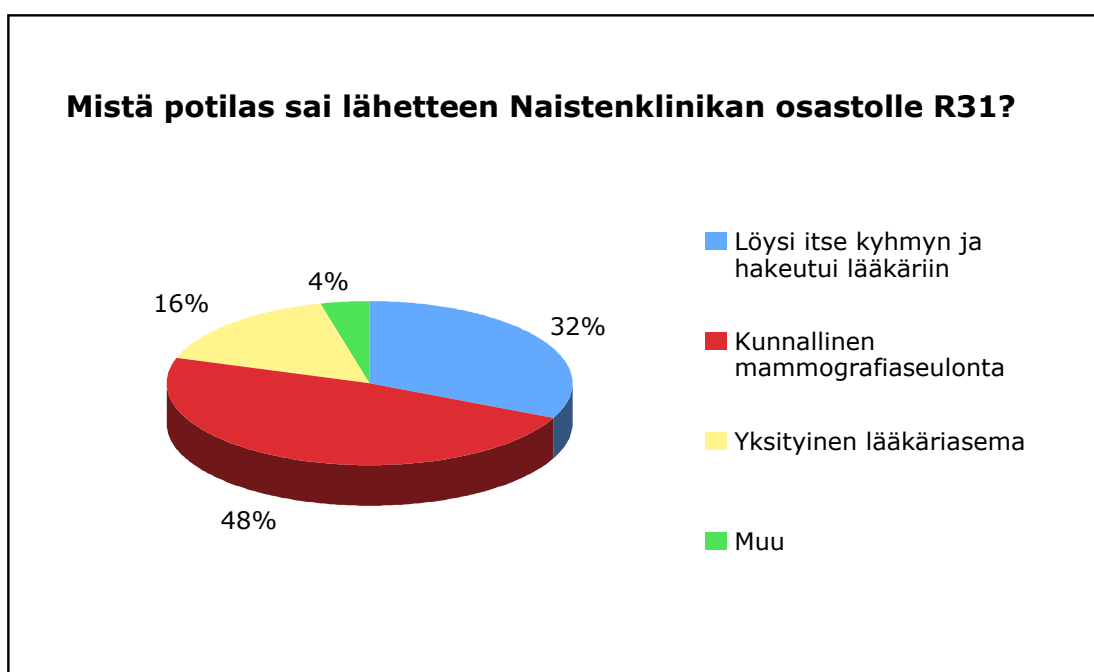
# 10 Tutkimustulokset

## 10.1 Kyselyn suorittaminen

Kysely toteutettiin Naistenklinikan osastolla R31 1.6.–14.9.2012 välisenä aikana. Vastauksia tuli kaikkiaan 25, ja kaikki vastaajat olivat naispotilaita. Vastaajien keski-ikä ja mediaani-ikä olivat molemmat 58 vuotta. Nuorin vastaajista oli 42-vuotias, kun taas vanhin oli 71-vuotias. Puolet vastaajista oli koulutukseltaan vähintään ylioppilaita, ja heistä yhdeksän oli suorittanut korkeakoulututkinnon. 11 vastaajaa oli käynyt kansa-

koulun tai suorittanut opistotasaisen tutkinnon. Koulutustaustalla ei tämän tutkimuksen valossa ollut merkitystä siihen, kuinka potilaat kokivat hoidon ja tuen onnistumisen.

Se, kuinka vastaajat olivat päätyneet Naistenklinikan potilaiksi, vaihteli selvästi. Kuten kuviosta 1 näkyy, vastaajista 12 sai lähetteen leikkaukseen kunnallisen mammografiaseulonnan kautta. Kahdeksan potilasta löysi rinnastaan kyhmyn itse ja hakeutui itse lääkärin vastaanotolle. Loput vastaajista tulivat yksityisen lääkäriaseman kautta hoitoon. Huovisen ja Riikolan (2010) mukaan useimmiten nainen löytää kyhmyn rinnastaan itse. Kyhmyjä löydetään myös Suomessa lakisääteisessä mammografiaseulonnassa.



Kuvio 1. Mistä potilas sai lähetteen Naistenklinikan osastolle 31.

## 10.2 Osastolle saapuminen

Odotusaika ensimmäiselle lääkärikäynnille Naistenlinikalle on yleensä noin kaksi viikkoa. 13 eli hieman yli puolet vastaajista piti omaa odotusaikaansa liian pitkänä. Tulos vastaa osittain Drageset ym:n (2010: 1943–1944, 1948) tuloksia. On yksilöllistä, kuinka potilas kokee odotusajan. Yksi kokee pienen lisääjän mahdollistavan käytännön asioiden järjestämisen, toinen saattaa ahdistua odottamisesta. Pääsääntöisesti on parempi, mitä nopeammin leikkaukseen pääsee, jotta potilas pääsee jatkamaan elämäänsä.



Potilaan ensimmäinen kontakti Naistenklinikalla on osaston sihteerin. Lähes kaikki vastaajat (92 %, n=25) olivat sitä mieltä, että heidät otettiin ystävällisesti vastaan osastolla. Yhtä monta potilasta koki saaneensa riittävästi ohjeistusta päivän kulusta päiväkirurgisella osastolla.

Ilmoittautumisen jälkeen potilaat tapasivat lääkärin. Lääkärin vastaanottokäyntiin oltiin kyselyn perusteella hyvin tyytyväisiä. Potilaat olivat erityisen tyytyväisiä lääkäriltä saamaansa tietoon tulevasta leikkauksesta. Potilaat myös kokivat, että lääkäri oli kuunnellut heitä ja vastannut heidän esittämiinsä kysymyksiin. Kolme vastaajaa ei osannut arvioida oliko lääkärillä heille riittävästi aikaa, yksi sen sijaan arvioi, että aikaa ei ollut tarpeeksi. Kuitenkin yli 90 prosenttia (n=25) vastaajista oli sitä mieltä, että lääkärillä oli heille riittävästi aikaa. Kyselyn väittämien (9-13) kanssa samaa mieltä olleiden vastauksissa painottui vastausvaihtoehto ”täysin samaa mieltä”, mikä kertoo lääkärin ja potilaan kohtaamisten onnistumisesta useimmissa tapauksissa.

Lääkärin vastaanottokäynnin jälkeen potilaat keskustelivat leikkauksesta ja hoitojaksosta rintasyöpähoitajan kanssa. Rintasyöpähoitajan vastaanottokäyntiin (kysymykset 14-21) oltiin erittäin tyytyväisiä. Kaikki vastanneet olivat saaneet kiitettävästi tietoa tulevasta leikkauksesta rintasyöpähoitajalta.<sup>2</sup> Vastauksista kuitenkin selviää, että vähiten tietoa saatiin vertaistuesta ja syöpäjärjestöistä. Tämä voi johtua siitä, että segmenttiresektio on pienehkö leikkaus, jonka vuoksi potilaat kokevat pärjäävänsä lähipiirin tuella. Lisäksi kahden vastaajan mielestä rintasyöpähoitajalla ei ollut heille riittävästi aikaa. Yksi syy tähän voisi olla se, että kysely tehtiin kesällä, jolloin osaston toimintaa supistettiin ja vakituista henkilökuntaa oli vähemmän töissä. Lisäksi potilaat ovat erilaisia – toiset tarvitsevat enemmän tukea, toisille riittää vähäisempikin tuki ja aika.

Kuusi kyselyn vastaajaa olisi kaivannut rintasyöpähoitajalta lisätietoa itse leikkauksesta ja viisi lääkehoidosta. Seitsemän potilasta olisi halunnut erityisesti tietoa jatkohoidosta. Omaisten ohjausta ja psyykkistä tukea jäi kaipaamaan neljä vastaajaa. Potilaat, joilla ei ole perussairauksia tai jotka eivät ole kärsineet leikkauksen jälkeisestä pahoinvoinnista aiemmin, eivät tapaa anestesia-lääkärinä ennen leikkausta. Tämä voi vaikuttaa siihen, että potilaat eivät saa mielestään riittävästi tietoa esimerkiksi kivunhoidosta. Toisaalta potilaat saavat kerralla valtavan määrän tietoa leikkaukseen ja hoitoon liittyvistä asiois-

---

<sup>2</sup> Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta, koska hän ei ollut ymmärtänyt kysymystä. Epäselvyys liittyi siihen, että potilas oli mielestään tavannut sairaanhoitajan, ei rintasyöpähoitajaa.

ta, minkä vuoksi on luonnollista, ettei potilas pysty omaksumaan näitä kaikkia asioita yhdellä kertaa.

Potilaiden kotiuttamiseen tulisi varata riittävästi aikaa, jolloin heillä olisi mahdollisuus esittää kysymyksiä vielä ennen kotiinlähtöä. Kaikki potilaat eivät välttämättä ymmärrä kysyä kaikkea tarvittavaa, jolloin hoitajan tehtävä on kertoa esimerkiksi mahdollisista leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista kuten kivusta ja haavaongelmista.

Leikkausta edeltäviin tutkimuksiin (röntgen, vartijaimusolmuke- ja laboratoriotutkimus) potilaat kokivat saaneensa selkeän ohjeistuksen. Kuitenkin 15 % vastaajista (n=25) olisi kaivannut lisäohjeita laboratoriotutkimuksiin liittyen. Riittävän hyvä ohjeistus tutkimuspaikkoihin perille pääsemiseksi on olennaista, koska laboratorio ja röntgen eivät sijaitse osaston yhteydessä. Lisäksi Meilahden tornitalossa käynnissä oleva remontti vaikuttaa siihen, mitä kulkureittiä esimerkiksi isotooppilaboratorioon pääsee. Leikkausta edeltävät tutkimukset tehdään usein samana aamuna, jolloin potilaiden täytyy itse huolehtia siitä, että he ehtivät käydä kokeissa ennen leikkausta. Potilaiden tyytyväisyys kertoo siitä, että hoitajat ovat onnistuneet potilaiden ohjeistuksessa kuitenkin hyvin.

### 10.3 Tulohaastattelu

Potilaat keskustelevat hoitajan kanssa yleensä leikkausta edeltävänä päivänä. Tätä kutsutaan tulohaastatteluksi. Sen tavoitteena on valmistella potilasta leikkaukseen ja kartoittaa potilaan yleisvointi. Lisäksi haastattelun aikana selvitetään tärkeät taustatiedot kuten potilaan perussairaudet, lääkitys, allergiat ja aiemmat leikkaukset. Haastattelut pyritään tekemään siihen varatussa tilassa, mutta toisinaan potilaita haastatellaan tilan puutteen vuoksi jopa käytävällä.

Tutkimuksen mukaan vastanneista lähes kaikki potilaat (96 %, n=25) olivat sitä mieltä, että hoitajalla oli kiitettävästi tai riittävästi aikaa tulohaastattelutilanteessa. Jokaisen vastaajan mielestä heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä hoitajalle. Yksi potilas tosin ei osannut sanoa vastasiko hoitaja hänen esittämiinsä kysymyksiin. Pääasiassa potilaat kokivat tulleen huomioiduksi yksilöinä. Monen mielestä haastattelutila oli rauhallinen, mutta kaksi vastaajaa piti tilaa epäsopivana haastattelun tekemiseen.

Kyselyn perusteella hoitajat kertoivat selkeästi leikkausvalmisteluista, ja tulevan leikkauksen päivän kulku oli potilaille selkeä. Se onkin tärkeää, koska sillä varmistetaan potilai-

den nopeampi toipuminen. Salmenterä (2006: 92) on huomionut, että ne potilaat, jotka tietävät mitä on tulossa, kokevat vähemmän kipua kuin epätietoisuutta kokevat. Tässä tutkimuksessa väittämään ”sain hoitajalta henkistä tukea” vastasi 44 % potilaista (n=25) ”jokseenkin samaa mieltä”. Yhtä moni oli saanut tukea kiitettävästi. Kolme vastaajaa ei osannut arvioida tuen merkitystä, yksi piti sitä jokseenkin riittämättömänä. Potilaiden valmistaminen leikkauspäivään siis onnistui valtaosassa tapauksista.

#### 10.4 Leikkauspäivä

Leikkauspäivänä potilas saapuu osastolle sovittuun aikaan ja hänet ohjataan potilashuoneeseen. Esilääkkeet annetaan, kun leikkaussalista annetaan lupa, noin tuntia ennen leikkausta.

Jokainen tutkimukseen osallistunut potilas tunsi olonsa turvallisiksi osastolla. Hieman alle puolta (40 %, n=25) vastaajista pelotti tuleva leikkaus. 72 %:n (n=25) mielestä hoitohenkilökunta oli lievittänyt pelkoa. Neljä potilasta vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa” ja kahden potilaan pelkoa ei ollut lievitetty.

80 %:a (20 potilasta, n=25) vastaajista tunsi, että hoitohenkilökunnalla oli leikkauspäivän aamuna aikaa heille. Kolmen mielestä aikaa ei ollut riittävästi.

#### 10.5 Leikkauksen jälkeen

Leikkaussalista potilaat siirretään heräämööseen. Kun potilas on riittävän virkeä ja kivuton ja hänen elintoimintonsa ovat vakaat, hänet siirretään heräämöstä osastolle.

Leikkauksen jälkeisesti kivusta kärsi 17 tutkimukseen vastanneista potilasta (68 %, n=25). Kipua hoidettiin 84 %:n (21 vastaajan, n=25) mielestä hyvin. Kahden vastaajan mielestä kipua ei ollut hoidettu ollenkaan. Kuitenkin 22 (88 %) potilasta 25:stä koki, että kivun hoidosta oli apua. Pahoinvointia vastaajille ei juurikaan ollut – vain kaksi vastaajaa kärsi leikkauksen jälkeisesti pahoinvoinnista.

Kolmen vastaajan mielestä heille ei ollut kerrottu leikkauksen kulusta. Neljä vastaajaa eivät tienneet oliko heille asiaa kerrottu. Loput olivat saaneet hyvin tietoa siitä kuinka leikkaus sujuu. Epäselvyys voi johtua siitä, että potilaat ovat olleet leikkauksen jälkeen

vielä väsyneitä eivätkä ole täysin ymmärtäneet kuulemaansa. Yksi vastaaja koki ohjeistuksen liian ”kevyeksi” ja olisi halunnut yksityiskohtaisempaa tietoa lääkehoidosta, haa- vahoidosta ja siitä, mitkä ovat normaaleja leikkauksen jälkeisiä oireita.

#### 10.6 Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen

21 vastaajaa 25:stä piti potilasohjausta riittävänä ja sai kiitettävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta. Kahden potilaan mielestä potilasohjaus oli puutteellista. Puolet vastaajista tunsivat saaneensa tukea lääkäriltä. 70 % vastaajista (n=25) sai tukea sekä hoitajilta että rintasyöpähoitajalta. Yhtä merkittävää tuen saanti oli perheenjäseniltä ja ystäviltä. Kolmasosa vastaajista sai tukea osaston toisilta potilailta. Vertaistuesta ja syöpäjärjestöltä ei tukea saatu.

Tutkimuksen vastaukset tuen saannista vastaavat hyvin aiempaa aiheesta tehtyä tutkimusta. Kyselyssä korostui juuri läheisten tuki, mikä on huomattu erityisen tärkeäksi Maukosen (2011: 282), Greensladen ym. (2010: 94) ja Greensladen ym:n (2010: 1945) tutkimuksissa. Maukosen mukaan avio- tai avopuoliso, ystävät ja omat lapset ovat naisrintasyöpäpotilaiden tärkein tuen lähde.

#### 10.7 Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen

Päiväkirurgiset potilaat kotiutuvat leikkauspäivänä, kun heidän vointinsa sen sallii. Tutkimuksen 18 potilasta (n=25) eli valtaosaa kotiutuminen leikkauspäivänä ei pelottanut. Kolmea potilasta kotiutuminen pelotti paljon, ja he olisivat myös halunneet jäädä yöksi osastolle. Jokainen potilas sai kotiutuessaan tietoa siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee.

Yhtä potilasta lukuun ottamatta, kaikille potilaille soitettiin leikkauksen jälkeisenä päivänä. 88 % vastaajista (n=25) koki soiton hyödylliseksi. Potilas, joka ei puhelua saanut, jäi sitä odottamaan, koska hänellä olisi ollut hoitajalle kysymyksiä. Eräs vastaajista piti soiton ajankohtaa liian aikaisena, koska kysyttävää tuli vasta muutaman päivän kulu- tua.

## 10.8 Avoimet vastaukset

Vaikka potilaat antoivat hyviä ja kiitettäviä arvosanoja strukturoidussa kyselyosuudessa, avoimissa vastauksissaan he toivat kuitenkin esille myös puutteita. Lisätietoa potilaat toivoivat haavahoidosta ja leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta.

Eniten kiitosta sai osaston lämmin ilmapiiri. Potilaat pitivät hoitajia ystävällisinä, iloisina ja asiantuntevina. Potilaat tunsivat, että heistä välitetään aidosti. Kaiken kaikkiaan hoitoon oltiin erittäin tyytyväisiä ja eräs potilas summasikin kokemuksensa hoidosta näin: *”Vahvisti oloani”*.

## 11 Pohdinta

Asetimme tavoitteeksi selvittää potilaiden kokemuksia siitä, kuinka päiväkirurgiset rintasyöpäpotilaat saivat tukea ja ohjausta hoitopolkunsa eri vaiheissa Naistenklinikan rintarauhaskirurgisella osastolla R31. Erityisesti halusimme tietää mistä potilaat tunsivat saaneensa eniten tukea. Selvisi, että hahmottelemamme teoriaviitekehys ja saamamme tutkimustulokset olivat pitkälti samansuuntaiset.

Vastaajat olivat tyytyväisiä siihen, miten heidät otettiin osastolla vastaan. Vastaanotto tilanteessa heille oli annettu riittävästi ohjeistusta leikkauspäivän osalta. Tämä onkin tärkeää ja tiedon saamisen merkitys korostuu, koska päiväkirurgiset potilaat viettävät osastolla niin lyhyen ajan. Myös hyvän ensivaikutelman antaminen on tärkeää, koska se lisää turvallisuuden tunnetta.

Potilaskysely vastauksista kävi ilmi, että erityisen tärkeää hoidon onnistumisen kannalta on preoperatiivinen potilasohjaus. Greensladen (2010: 94 – 95) tutkimus tukee myös ohjauksen ajoituksen tärkeyttä ja preoperatiivinen ohjaus oli suositeltavaa pitää ennen leikkauspäivää.

Vaikka potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, myös joitakin puutteita nousi esille, tärkeimpänä näistä kivunhoito. Päiväkirurgisen potilaan kivunhoitoa tutkineen Salanterän mukaan kivusta kärsi 25 – 30 % potilaista. Meidän tutkimuksessamme kipua oli 68 %:lla potilaista (n=25). Yksi syy kokemukseen kivusta voi olla potilaalle annetun suullisen ja kirjallisen ohjeistuksen riittämättömyys. Potilaalle annettu tietopaketti hoi-

dosta voi olla myös vaikea ottaa vastaan isoina annoksina. Leikkauksen jälkeen potilaat voivat olla väsyneitä, jolloin tiedon omaksuminen voi olla hankalaa. Muita syitä potilaiden kokemaan kipuun voi olla haavan koko ja liian myöhäinen lääkkeenotto. Myös potilaiden iällä ja asenteella kivunhoitoa kohtaan voi olla vaikutusta heidän kivun kokemukseensa.

Odotimme, että potilaat olisivat kokeneet potilashaastattelutilat huonoiksi, mutta kysely osoitti, etteivät pienet tilat tai ajoittainen tilanpuute häirinnyt potilaita tulohaastattelutilanteessa. Tähän varmasti vaikutti hoitajien turvallisuutta luonut läsnäolo. Potilaat kokivat saaneensa yksilöllistä tukea ja korkeatasoista hoitoa.

Päiväkirurgisen potilaan leikkaus ja siihen liittyvä hoito tapahtuu hyvin lyhyessä ajassa. Kuitenkin potilaat tunsivat saaneensa riittävästi niin tietoa kuin tukeakin eikä yksikään vastaajista olisi halunnut jäädä yöksi osastolle. Vastaajista 80 % (n=25) tunsivat myös, että leikkauspäivän aamuna hoitajilla oli aikaa heille. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa tietoon leikkauspäivän kulusta. Salmenterän tutkimuksen mukaan tämä on tärkeää, sillä ne potilaat, jotka tietävät mitä on tulossa, ovat vähemmän kivuliaita, kuin ne potilaat, jotka ovat epätietoisia tulevasta.

Vain yhdelle potilaalle ei ollut soitettu leikkauksen jälkeisenä päivänä. 88 % vastaajista (n=25) koki soiton hyödylliseksi ja potilas, jolle ei soitettu, jäi puhelua odottamaan. Yksi vastaajista piti soiton ajankohtaa liian aikaisena, koska kysymykset tulivat mieleen vasta muutaman päivän kuluttua. Yhtenä kehitysideana onkin se, että potilaat voisivat lähettää hoitajille kysymyksiä myös sähköpostitse. Näihin vastattaisiin sovitusti saman päivän aikana. Vaikka nykyäänkin osastolle saa soittaa jos kysyttävää tulee, niin sähköpostin käyttäminen olisi hyvä tukimuoto soiton rinnalle. Greenladden (2010) tutkimuksessa potilaat kokivat häiritsevänsä hoitajia puhelinsoitolla, joten sähköposti voisi kuitenkin kannustaa potilaita ottamaan yhteyttä.

Tutkimuksemme mukaan potilaat saivat eniten tukea perheenjäseniltään – kumppaniltaan ja lapsiltaan. Kuten Greensladden (2010) tutkimuksessa, myös meidän kyselyyn vastanneista potilaista suurin osa koki saaneensa hyötyä myös rintasyöpähoitajalta, muilta hoitajilta sekä osaston muilta potilailta. Tämä onkin yksi tärkeimmistä osaston tehtävistä.

Odotimme, että potilaat olisivat toivoneet lisätietoa vertaistuesta. Kyselyymme vastanneet potilaat saivat kuitenkin lähipiiristä tukea sen verran, ettei kolmannen sektorin palveluille ollut kiinnostusta. Voidaan kuitenkin ajatella, että esimerkiksi mastektomiapotilaat mahdollisine liitännäishoitoineen saattaisivat jo lisätukea kaivata.

Tutkimuksemme tulokset ovat tärkeitä, koska päiväkirurgiset leikkaukset ovat yleistymässä. Vastaukset osoittivat, että riittävä tuki ja ohjaus voidaan antaa lyhyessäkin ajassa. Postoperatiivisen soiton merkitys on suuri, koska sillä voidaan varmistaa potilaan hyvä vointi ja lisätiedon saanti.

## 12 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimus mitannut sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen luotettavuuden perusta onkin mittarin sisältövaliditeetti. Jos teoreettiset käsitteet ovat operationalisoitu luotettavasti muuttujiksi, ei validiteetti ole puutteellinen. Puutteellinen validiteetti tuhoaa tutkimuksen ja tekee siitä arvottoman. Jos mittari mittaa väärää asiaa, ei tuloksia voida pitää luotettavina. (Kankkunen 2009: 152.)

Eettisyyden pohdintaperustana voidaan käyttää kahdeksaa eettistä vaatimusta: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminointi, ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus (Kankkunen 2009: 172).

Teoriaviitekehys tutkimuksessamme pohjautuu aiempaan tutkittuun tietoon. Keräsimme teorialtietoa laajasti ja valitsimme luotettavia, meidän tutkimukseemme sopivia lähteitä. Kyselylomake on, toisin sanoen, tehty aiempaan teorialtietoon pohjaten, jolloin väittämät kyselyssä perustuvat tutkittuun tietoon. Lisäksi kyselylomake on hyväksytetty Nais-tenklinikan osastolla R31 sekä opinnäytetyön ohjaavilla opettajilla.

Esitestaaminen eli mittarin pilotointi tarkoittaa mittarin luotettavuuden ja toimivuuden testaamista varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Pilotointi on erityisen tärkeää silloin, kun kyseessä on uusi mittari, joka on kehitetty kyseistä tutkimusta varten. (Kankkunen 2009: 154.)

Kyselylomake on pilotoitu Naistenklinikan osaston R31 hoitajilla, jotta kyselylomakkeen kysymykset mittaavat oikeaa asiaa ja vastaavat tutkimuskysymykseemme. Kyselylomakkeen väittämät mittasivat oikeaa asiaa, koska saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Väittämiin oli oletettavasti helppo vastata, koska potilaat eivät olleet jättäneet kysymyksiin vastaamatta

Reliabiliteettia eli mittarin kykyä tuottaa tuloksia ei-sattumanvaraisesti voidaan arvioida mittarin sisäisellä vastaavuudella, johdonmukaisuudella ja pysyvyydellä. Johdonmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että jokaisen osamittarin muuttujat korreloivat keskenään ja mittaavat samaa asiaa. Pysyvyys viittaa taas siihen, että eri mittauskerroilla tuotetaan sama tulos. (Kankkunen 2009: 156 – 157.)

Kyselyymme vastanneiden potilaiden vastauksissa toistui selkeästi sama trendi kysymyksestä toiseen. Tästä voi päätellä, että mittarimme oli johdonmukainen eikä tuottanut sattumanvaraisia tuloksia.

Kyselylomake oli pitkä, joka olisi voinut osaltaan vaikuttaa vastaamiseen negatiivisesti. Potilaat olivat kuitenkin vastanneet jokaiseen esitettyyn kysymykseen ja tämän lisäksi vielä kirjoittaneet avoimeen kysymykseen runsassanaisesti. Tämä kertoo muun muassa siitä, että potilaat kokivat kyselyn tarpeellisenä ja osaston R31 hoitajat olivat motivoineet potilaat hyvin vastaamaan kyselyyn. Huolestamme kyselylomakkeen pituudesta oli näin ollen aiheeton.

Ulkoisella validiteetilla viitataan tutkimuksessa mittaamisesta riippumattomiin tekijöihin, jotka voivat osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Sisäinen validiteetti puolestaan viittaa siihen, että tulokset johtuvat ainoastaan asetelmasta, ei sekoittavista tekijöistä. Tulosten sisäisen validiteetin uhka on muun muassa valikoituminen. Tämä tarkoittaa sitä, että vain niin sanotusti hyvät vastaajat ovat valikoituneet vastaajiksi. (Kankkunen 2009: 155, 158). Kyselylomaketta jaettiin tutkimukssamme kaikille päiväkirurgisille rintasyöpäpotilaille. Näin ollen vastaajia ei valikoitu tutkimukseemme millään muulla tavalla kuin päiväkirurgisilla kriteereillä.

Tutkimukseen tarvittiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tutkimuslupa. Hyväksytty tutkimussuunnitelma ja kyselylomake lähetettiin HYKS:n operatiivisen tulosyksikön erikoissuunnittelija Leena Timoselle, joka teki hakemuksesta lausunnon ja lähetti asian viranhaltijoille päätettäväksi. Viransijaisena toimiva EVO-vastuulääkäri



Pauli Puolakkainen hyväksyi tutkimuslupahakemuksemme. Tutkimuskyselyämme var-  
ten HUS haki lisäksi tutkimusluvan eettiseltä toimikunnalta, koska kysely kohdistui poti-  
laisiin.

Opinnäytetyöprosessi oli antoisa ja yhteistyö sujui niin työparin kuin osaston välillä  
mutkattomasti. Tutkimuksen aihe oli meille molemmille mieleinen ja etsimme uutta tie-  
toa innokkaasti. Olimme molemmat alusta asti kiinnostuneita ja halukkaita kehittämään  
Naistenklinikan osaston R31 toimintaa ja hoitotyötä. Tutkimuksemme on myös tämän  
vuoksi luotettava – olemmehan paneutuneet työhön tunnollisesti ja valinneet teoriapoh-  
jan tutkimukset kriittisesti.

Kyselyn saatekirjeessä potilaille kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaa-  
ehtoista, eikä siihen vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta millään tavalla  
potilaan hoitoon HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa. Tämän lisäksi potilaille kerrottiin, että  
kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti ilman heidän nimeään. Tätä on tuettu sillä,  
että potilaat ovat palauttaneet vastauksensa suljetussa kirjekuoressa osasto R31:n  
hoitajille. Tutkimusprosessin aikana saatuja tietoja ei ole myöskään mennyt ulkopuoli-  
sille.

Tutkimuksemme ja näyttöön perustuva hoitotyö nivoutuvat saumattomasti yhteen. Tu-  
lostemme ja kehitysideoidemme hyödyntämisen myötä myös osaston toimintaan voi-  
daan tehdä positiivisia muutoksia, esimerkiksi ohjausmateriaalia uudistamalla. Tutki-  
muksemme avulla potilaat saivat äänensä kuuluviin ja näin voidaan parantaa potilaiden  
kokonaisvaltaista hoitoa.

## Lähteet

Barry, M – Weber, W.B – Lee, S – Mazzella, A – Sclafani, L.M 2011. Enhancing the clinical pathway for patients undergoing axillary lymph node dissection. Breast Service, Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. New York. USA. The Breast. 1 – 4. Elsevier Ltd.

Blanco, Guillermo – Huovinen, Riikka – Heikkilä, Päivi – Hietanen, Päivi – Holli, Kaija – Jahkola, Tiina – Joensuu, Heikki – Jukkola-Vuorinen, Arja – Kataja, Vesa – Lammi, Ulla-Kaija – Leidenius, Marjut – Saarto, Tiina – Tanner, Minna – Vaalavirta, Leila – Valavaara, Ritva – Von Smitten, Karl – Vuorela, Piia 2008. Rintasyöpä (hoito ja seuranta). Käyvän hoidon tiivistelmät. Käypähoito. Verkkodokumentti.

[<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kht00021>] Luettu 22.3.2012.

Drageset – Lindstrom – Giske – Underlid 2010. Being in suspense: Women's experiences awaiting breast cancer surgery. Journal of advanced nursing 67(9), 1941 – 1951. 2011.

Frotscher – Beets – Von Meyenfeldt 2005. Breast cancer surgery in a day case setting: Where do the Netherlands stand in 2004? Journal of Ambulatory Surgery 12 (2005) 61-65.

Greenslade – Elliott – Mandville-Anstey 2010. Same-Day Breast Cancer Surgery: A Qualitative Study of Women's Lived Experiences. Onkology Nursing Forum. Vol. 37, No. 2. 92-97. March 2010.

Heikkilä, Päivi – Hukkinen, Katja – Leidenius, Marjut 2009. Paksuneulanäyte ohutneulanäytettä parempi rintasyövän diagnostiikassa. Duodecim 2009: 125. 925 – 926.

Huovinen, Riikka – Riikola, Teija 2010. Rintasyövän toteaminen. Käyvän hoidon potilasversiot. Käypähoito. Verkkodokumentti.

[<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00026>] Luettu 22.3.2012.

Huovinen, Riikka – Riikola, Teija 2008. Rintasyövän hoito ja seuranta. Käyvän hoidon potilasversiot. Käypähoito. Verkkodokumentti.

[<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/khp00027>] Luettu 22.3.2012.

HUS 2010. Aikuisten päiväkirurgia. Verkkodokumentti.

[<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,570,646,805,845,3543>] Luettu 14.3.2012.

Jahkola, Tiina – Hietanen, Helvi (HYKS Plastiikkakirurgian klinikka) – Kuokkanen, Hannu (TAYS Plastiikkakirurginen yksikkö) – Rosenberg, Leena – Rautalahti, Matti (Syöpäjärjestöt) 2011. Suomen syöpäpotilaat. Rinnankorjausleikkauksen käsikirja.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro oy.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Leidenius, Marjut 2012. Haastattelu Naistenklinikan rintarauhasleikkauksen osastolla R31. 27.2.2012.

Lipponen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria 2006: Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Publication Series of the Northern Ostrobothnia Hospital District. 4/2006.

Maukonen, Marika - Salonen, Päivi - Rantanen, Anja - Suominen, Tarja - Kaunonen, Marja 2011. Elämänlaatu vuosi rintasyöpäleikkauksen jälkeen. Hoitotiede 23 (4). 273 - 284.

Pellinen, Sulevi – Rosenberg-Ryhänen, Leena – Palva, Tiina 2011. Rintasyöpäpotilaan opas 2011. Suomen syöpäpotilaat ry. Redfima oy. 2. painos.

Peltoniemi, Hilikka 2012. Rintasyöpä. Klinikka 22. Verkkodokumentti.  
[<http://www.klinikka22.fi/palvelut/syopakirurgia/rintasyopa/>] Luettu 14.3.2012.

Rintasyöpä 2012. Syöpäjärjestöt. Verkkodokumentti.  
[<http://www.cancer.fi/tietoasiovasta/syopataudit/rintasyopa/>] Luettu 29.1.2012.

Salanterä, Sanna – Hagelberg, Nora – Kauppila, Marjo – Närhi, Matti 2006. Kivun hoitotyö. WSOY oppimateriaalit oy.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. WSOYpro oy. Helsinki.

Sarajärvi, Anneli 2008. Näyttöön perustuva hoitotyö –kuvaus toimintamallin kehittymisestä. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Virkki, Sari – Eloranta, Tuija 2011. Ohjaus hoitotyössä. Tammi.

**Naistenklinikan ylilääkäri Marjut Leideniuksen haastattelukysymykset**

Pyrimme saamaan tällä haastattelulla lääkärin näkökulmaa esiin. Toivoisimme, että vastauksessa tulisi ilmi potilasohjaukseen liittyviä seikkoja päiväkirurgiassa.

Kuinka paljon syöpäleikkauksista on PÄIKI leikkauksia? Minkälaisia rintasyöpäleikkauksia tehdään PÄIKInä? Mitkä ovat PÄIKI kriteerit? millä perusteella potilaat valitaan? (lääkärin näkökulma)

Mitkä seikat korostuvat PÄIKI potilaan hoitopolun eri vaiheissa ohjauksen näkökulmasta?

Muualla maailmassa ilmeisesti tehdään rintasyöpäleikkauksia PÄIKInä, tehdäänkö Suomessa muualla kuin Naistenlinikalla päiväkirurgisia rintasyöpäleikkauksia? Millaisia kokemuksia näistä on ollut?

Onko joku tietty leikkaustekniikka jota suositetaan PÄIKI potilailla? Mitkä ovat päiväkirurgisen potilaan kotiutumiskriteerit?

Mitkä seikat leikkauksen aikana vaikuttavat siihen, että potilas joutuukin jäämään osastolle eikä ole enää PÄIKI potilas? Vaikuttaako kasvaimen koko tai sen levinneisyys/kasvaimen luonne siihen, että PÄIKI leikkaus ei olekaan mahdollinen?

Jatkohoidon toteutus: Millainen yhteistyö kanava R31:ltä on Syöpätautien Klinikalle? Onko muita yhteistyö tahoja?

Millaisia kokemuksia PÄIKI potilailla on punktiopoliista? Käyvätkö PÄIKI potilaat useammin kuin muut potilaat?

Vaaditaanko lisäkoulutusta / henkilöstönmäärän lisäystä siihen nähden, että PÄIKI potilaalla koko hoitopolku toteutuu hyvin lyhyessä ajassa? Mitä mammae-meeting pitää sisällään?

Mitä uusia tutkimuksia on kehitteillä kansainvälisesti tai kotimaassa?

## Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Otsikon mukaan	Abstraktin mukaan	Koko teksti	Valitut
Ovid Med- line <b>1946</b>	Breast cancer & day sur- gery (language: english, years 2012-2000)	10	6	6	2	2 (Allard, Greenslade)
PubMed	breast can- cer & one day sur- gery (Pub- lished in the last 10 years, lan- guage: english)	192	4	3	2	2 (Drageset, Greenslade)
Ebsco Cinahl	Breast cancer & day sur- gery (publi- cation date 2000-2012)	14	8	6	3	2 (Greens- lade ja Dra- geset!)

Naistenklinikka osasto R31 antamat tut- kimukset	Ylilääkäri Marjut Lei- denius: 1	1	1	1	1	1  (Barry ym. 2011: En- hancing the clinical pathway for patients undergoing axillary lymph node dissection)
	Sairaanhoitaja Anne Raitopu- ro	12	11	5	5	5 (Allard, Drageset, Greenslade, Frotscher, elämänlaatu tutkimus)
Asiantuntijan haastattelu	Ylilääkäri Mar- jut Leideniuk- sen haastatte- lu	1	1	1	1	1
Muu materiaali						kts. lähde- luettelo

## Saatekirje ja kyselylomake potilaille

Saatekirje

Arvoisa potilaamme,

Olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Naistenklinikan rintarauhaskirurgian osastolla R31.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva tutkimus opinnäytetyötä varten: Ohjauksen ja tuen saannin toteutuminen päiväkirurgisen rintasyöpäpotilaan hoidossa. Sen tarkoituksena on selvittää potilaskyselyn keinoin päiväkirurgisen rintasyöpäleikatun potilaan kokemuksia ohjauksen toteutumisesta ja tuen saannista. Tulosten avulla halutaan kehittää ja parantaa potilasohjausta, tuen saantia sekä koko osaston toimintaa.

Tutkimuksen suorittajina ovat Metropolia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Piia Pussinen ja Annukka Tapiola.

Olette saaneet tämän kyselykaavakkeen osaston hoitajalta. Kyselykaavake annetaan kaikille päiväkirurgiseen rintasyöpäleikkaukseen tuleville. Siihen vastaaminen vie vain muutaman minuutin. Tämän kyselykaavakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuores-  
sa jälkitarkastuskäynnin yhteydessä osaston R31:n aulassa olevaan postilaatikkoon.

Kaikki Teiltä tutkimuksen aikana kerätyt tiedot käsitellään luottamuksellisesti ilman nimeänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Siihen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja Voitte saada osastonhoitaja Irja Wahlstedtilta, sairaanhoitajaopiskelija Piia Pussiselta ja sairaanhoitajaopiskelija Annukka Tapiolalta.



Olkaa hyvä ja vastatkaa kohdan ”taustatiedot”-kysymyksiin ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin vastatkaa omin sanoin kysymykselle varatulle tilalle.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa

Taustatiedot:

1. Sukupuoli a.) Nainen  
b.) Mies
2. Ikä: \_\_\_\_\_ vuotta
3. Kotipaikkakunta: \_\_\_\_\_
4. Koulutus: a.) Kansakoulu  
b.) Opistotasoinen koulutus  
c.) Ylioppilas  
d.) Yliopisto- tai muu korkeakoulututkinto  
e.) Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_
5. Mistä saitte lähetteen Naistenklinikan osastolle R31?  
a.) Löysin itse kyhmyä ja hakeuduinkin itse lääkärin vastaan-  
otolle  
b.) Kunnallinen mammografiaseulonta  
c.) Yksityinen lääkäriasema  
d.) Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

6. Potilas pääsee keskimäärin noin 2 viikon kuluessa ensimmäiselle lääkärikäynnille Naistenklinikalle. Tuntuiko tämä odotusaika Teistä pitkältä?

Kyllä

Ei

Kysymyksissä, joissa Teille on annettu vaihtoehdot 5:stä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Aina, kun potilas saapuu osastolle, hän ilmoittautuu ensimmäiseksi vastaanottoon osaston sihteereille.

Ilmoittautuminen osastolle:

7. Minut otettiin ystävällisesti/hyvin vastaan 5 4 3 2 1

8. Ilmoittautumistilanteessa sain riittävästi  
ohjeistusta päivän kulusta 5 4 3 2 1

Ilmoittautumisen jälkeen potilas menee lääkärin vastaanotolle.

Lääkärin vastaanottokäynti ennen leikkausta:

9. Sain lääkäriltä tietoa tulevasta leikkauksesta 5 4 3 2 1

10. Sain lääkäriltä tietoa hoidosta 5 4 3 2 1

11. Lääkäri kuunteli minua 5 4 3 2 1

12. Lääkäri vastasi kysymyksiini 5 4 3 2 1

13. Lääkärillä oli aikaa minulle 5 4 3 2 1

Lääkärin vastaanottokäynnin jälkeen potilaat käyvät keskustelemassa rintasyöpähoitajan kanssa tulevasta leikkauksesta ja hoitojaksosta. Seuraavat kysymykset koskevat rintasyöpähoitajan vastaanottokäyntiä.

Kysymyksissä, joissa Teille on annettu vaihtoehdot 5:stä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Rintasyöpähoitajan vastaanottokäynti:

14. Sain rintasyöpähoitajalta tietoa tulevasta leikkauksesta	5	4	3	2	1
15. Sain rintasyöpähoitajalta tietoa hoidosta	5	4	3	2	1
16. Rintasyöpähoitajan antama ohjaus oli selkeää	5	4	3	2	1
17. Sain rintasyöpähoitajalta kirjallista ohjausmateriaalia	5	4	3	2	1
18. Kirjallinen ohjausmateriaali oli selkeää	5	4	3	2	1
19. Rintasyöpähoitaja kuunteli minua	5	4	3	2	1
20. Rintasyöpähoitaja vastasi kysymyksiini	5	4	3	2	1
21. Rintasyöpähoitajalla oli aikaa minulle	5	4	3	2	1
22. Sain tietoa rintasyöpäpotilaan vertaistuesta	5	4	3	2	1
23. Rintasyöpähoitaja kertoi minulle syöpäjärjestöistä	5	4	3	2	1
24. Hoitajalla oli hyvät vuorovaikutustaidot	5	4	3	2	1

25. Olisin vielä kaivannut tietoa seuraavista asioista (Ympyröikää kaikki ne vaihtoehdot, jotka koskettavat Teitä)

- a.) leikkaus
  - b.) lääkehoito
  - c.) kivunhoito
  - d.) jatkohoito
  - e.) omaisten ohjaus
  - f.) vertaistuki
  - g.) kirjalliset ohjeet
  - h.) psyykinen tuki
  - i.) joku muu, mikä?
- 

26. Sain selkeät ohjeet liittyen leikkausta edeltäviin tutkimuksiin

- |                               |       |    |
|-------------------------------|-------|----|
| a.) röntgen                   | Kyllä | Ei |
| b.) vartijaimusolmuketutkimus | Kyllä | Ei |
| c.) laboratoriotutkimus       | Kyllä | Ei |

Hoitaja keskustelee potilaan kanssa yleensä leikkausta edeltävänä päivänä. Tätä kutsutaan tulohaastatteluksi. Haastattelussa kysytään potilaalta taustatietoja leikkausta varten. Näitä ovat muun muassa perussairaudet, lääkitys, allergiat ja aiemmat leikkaukset.

Kysymyksissä, joissa Teille on annettu vaihtoehdot 5:stä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa, 2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Tulohaastattelu:

27. Hoitajalla oli aikaa minulle	5	4	3	2	1
28. Sain esittää kysymyksiä hoitajalle	5	4	3	2	1
29. Hoitaja vastasi kysymyksiini	5	4	3	2	1
30. Minut huomioitiin yksilöllisesti	5	4	3	2	1
31. Haastatteluhuone oli rauhallinen	5	4	3	2	1
32. Hoitaja kertoi minulle selkeästi leikkausvalmisteluista (peseytyminen, ravinnottaolo, lääkitys)	5	4	3	2	1
33. Minulle oli selvää mitä leikkauspäivänä tapahtuu	5	4	3	2	1
34. Sain hoitajalta henkistä tukea	5	4	3	2	1
35. Omaiseni/mukana ollut ystäväni huomioitiin haastattelutilanteessa	5	4	3	2	1

Kysymyksissä, joissa Teille on annettu vaihtoehdot 5:stä 1:een, ympyröikää yksi parhaiten mielipidettänne vastaava vaihtoehto.

Vastausvaihtoehdot ovat: 5= täysin samaa mieltä, 4= jokseenkin samaa mieltä, 3= ei osaa sanoa

2= jokseenkin eri mieltä, 1= täysin eri mieltä.

Leikkauspäivä:

Ennen leikkausta:

36. Minulla oli turvallinen olo osastolla	5	4	3	2	1
37. Minua pelotti tuleva leikkaus	5	4	3	2	1
38. Hoitohenkilökunta lievitti pelkoani	5	4	3	2	1
39. Hoitohenkilökunnalla oli leikkausaamuna aikaa minulle	5	4	3	2	1

Leikkauksen jälkeen:

40. Minulla oli kipuja leikkauksen jälkeen	5	4	3	2	1
41. Kipuani hoidettiin leikkauksen jälkeen	5	4	3	2	1
42. Kivun hoidosta oli minulle apua	5	4	3	2	1
43. Minulla oli leikkauksen jälkeistä pahoinvointia	5	4	3	2	1
44. Pahoinvointiani hoidettiin	5	4	3	2	1
45. Pahoinvoinnin hoidosta oli minulle apua	5	4	3	2	1
46. Minulle kerrottiin kuinka leikkaus sujui	5	4	3	2	1

Ohjauksen toteutus:

47. Potilasohjaus (leikkausvalmistelut, lääkitys,  
haavanhoito...) oli riittävää ennen leikkausta      5    4    3    2    1
48. Minulle kerrottiin leikkauksenjälkeisestä  
kivunhoidosta      5    4    3    2    1
49. Minulle kerrottiin nukutuksen tuomasta  
mahdollisesta pahoinvoinnista      5    4    3    2    1

Tukiverkosto:

Seuraavasta kysymyksestä Voitte ympyröidä halutessanne useamman vaihtoehdon:

50. Sain tukea:

- a.) lääkäriltä
- b.) hoitajilta
- c.) rintasyöpähoitajalta
- d.) puolisolta/kumppanilta
- e.) omilta lapsilta
- f.) ystävältä
- g.) vertaistuesta
- h.) syöpäjärjestöltä
- i.) osaston muilta potilailta
- j.) muualta, mistä? \_\_\_\_\_

Päiväkirurgisen potilaan kotiutuminen:

51. Kotiutuminen leikkauspäivänä pelotti minua	5	4	3	2	1
52. Pärjäsin kotona hyvin	5	4	3	2	1
53. Olisin halunnut jäädä yöksi sairaalaan	5	4	3	2	1
54. Sain tietoa siitä mihin ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmeni	5	4	3	2	1

55. Hoitaja soitti minulle leikkauksen jälkeisenä päivä

Kyllä            Ei

a.) Jos vastasitte ei, niin olisitteko kaivannut soittoa?

Kyllä            Ei

Miksi?

---

---

b.) Jos vastasitte kyllä, niin koitteko soiton hyödylliseksi?

Kyllä            Ei

Miksi?

---

---

56. Tähän voitte omin sanoin kertoa kiitoksia tai parannusehdotuksia osastolle.

---

---

---

---

Vastauksestanne suuresti kiitellen,

Annukka Tapiola ja Piia Pussinen,  
Metropolia AMK.



## Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 110  
22.05.2012

1 (2)

Dnro

Hakijat	sairaanhoitajaopiskelijat Annukka Tapiola ja Piia Pussinen
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko
Asia	<b>TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN ANNUKKA TAPIOLAN JA PIIA PUSSISEN TUTKIMUKSELLE: OHJAUKSEN JA TUEN SAANNIN TOTEUTUMINEN PÄIVÄKIRURGISEN RINTASYÖPÖTILAAAN HOIDOSSA - POTILAAAN NÄKÖKULMA</b>
Perustelut	<p>Metropolia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Annukka Tapiola ja Piia Pussinen anovat tutkimuslupaa opinnäytetyölleen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päiväkirurgisesti rintasyöpäpotilaan kokemuksia ohjauksen toteutumisesta ja tuen saannista.</p> <p>Annukka Tapiola ja Piia Pussinen anovat lupaa kerätä tutkimusaineisto kyselylomakkeella Naistensairaalan osastolla R31 hoidetuilta potilailta (N=40), joille on tehty päiväkirurgisesti rinnan segmenttiresektio rintasyövän takia. Potilaat saavat kyselylomakkeen osastolla R31 preoperatiivisen käynnin yhteydessä ja he palauttavat sen jälkitarkastuksen yhteydessä osastolle. Opinnäytetyön ohjaajana toimii THM, lehtori Marjatta Luukkainen Metropolia ammattikorkeakoulusta. Tutkimuslupaa haetaan ajalle 1.6.-31.12.2012.</p> <p>Osastoryhmän päällikkö Anna-Maija Kaira on tietoinen opinnäytetyöstä ja suostuva sen toteuttamiselle osastolla R31.</p> <p>Tämän opinnäytetyön avulla saadaan tietoa päiväkirurgisesti hoidetun rintasyöpäpotilaan kokemuksista ohjauksesta ja tuesta osastolla R31. Saatua tietoa voidaan hyödyntää potilashoidon suunnittelussa, kehittämisessä ja henkilökunnan koulutuksessa.</p>
Päätös	<p>Edellä olevan perusteella päätän, että sairaanhoitajaopiskelijoille Annukka Tapiola ja Piia Pussinen myönnetään tutkimuslupa ajalle 1.6. - 31.12.2012.</p> <p>Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen kopioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsuhtekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.</p> <p>Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti opinnäytetyön raportintilomakkeella (johtajaylilääkärin ohje 1/2010 liite 5) vs. HYKS Oper ty EVO-vastuulääkäri Pauli Puolakkaiselle, Operatiivisen tulosyksikön toimialajohtaja Reijo Haapiaiselle sekä johtava ylihoitaja Arja Tuokolle. Johtava ylihoitaja Arja Tuokolle lähetetään myös koko raportti sähköisessä muodossa.</p>
Sovelletut oikeusohjeet	<p>HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) Henkilötietolaki (523/1999) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)</p>

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 110  
22.05.2012

2 (2)

Dnro

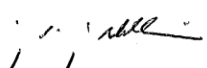
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvallan peruste

Hallintosääntö 20 §  
HYKS operatiivisen tulosyksikön johtajan päätös § 249 (31.08.2009)

Lisätietojen antaja

Erikoissuunnittelija Leena Timonen, p. 050-427 0568 tai 09-471 78407  
sähköposti: leena.timonen@hus.fi

  
Pauli Puolakainen  
vs. HYKS Oper ty, EVO-vastuulääkäri

Tiedoksi

sairaanhoitajaopiskelijat Annukka Tapiola ja Piia Pussinen  
johtava ylihoitaja Arja Tuokko  
osastoryhmän päällikkö Anna-Maija Kaira  
erikoissuunnittelija Leena Timonen  
kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén  
kliininen asiantuntija Katri Honkaniemi  
kliininen asiantuntija Hannele Saunders  
kliininen asiantuntija Susan Arminen  
kliininen asiantuntija Tiina Saloranta  
kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen  
THM, lehtori Marjatta Luukkainen (Metropolia ammattikorkeakoulu)

Lähetetty tiedoksi

22.5.2012/tv